L'assistenza primaria in Italia (1943-2023): dal medico generico alle case della comunità

VITTORIO MAPELLI

Università degli studi di Milano

Ricevuto 2 agosto 2024; accettato 3 settembre 2024

Riassunto. La medicina di base in Italia è in crisi da molti anni e in grave ritardo rispetto ad altri paesi europei. Progetti di riforma dell'assistenza primaria sono stati proposti nel recente passato (nel 2007 e 2012), ma sono sempre stati disattesi. In questo articolo si ricostruisce l'evoluzione dell'assistenza primaria da quando fu introdotta nel 1943 ad oggi attraverso: 1. l'analisi degli accordi contrattuali tra i sindacati medici, l'Inam e lo Stato; 2. la divisione dei ruoli e la creazione di nuove figure mediche; 3. l'evoluzione numerica dei medici di assistenza territoriale; 4. l'emergere difficile di nuove forme organizzative (medicina di gruppo, case della salute); 5. il confronto con i modelli libero-professionale o di dipendenza di altri paesi europei (Francia, Germania, Regno Unito, Finlandia, Spagna); 6. il funzionamento delle strutture multiprofessionali in alcuni paesi europei e regioni italiane. Da questa rassegna possono scaturire importanti insegnamenti per il nostro paese. L'Italia, con gli investimenti previsti dal Pnrr (2 miliardi nella M6.C1) e con il recente d.m. 77/2022 è alla vigilia di profondi cambiamenti nell'assistenza primaria. Ma perché si realizzino, devono confluire negli accordi collettivi, firmati o da firmare tra lo Stato e i sindacati medici, e trovare attuazione da parte delle regioni e delle Asl. Nelle conclusioni vengono avanzate alcune proposte di breve e di lungo periodo.

Parole chiave. Assistenza primaria, medici di base, medici di medicina generale, case della salute, case della comunità, libera professione, dipendenza dei Mmg.

Summary. Primary care in Italy has been in crisis for many years and is significantly lagging behind other European countries. Reform projects for primary care were proposed in the recent past (in 2007 and 2012) but were ultimately disregarded. This article reconstructs the evolution of primary care in Italy from its introduction in 1943 to the present day, through: 1. an analysis of the contractual agreements between medical unions, Inam, and the government; 2. the division of medical roles and the creation of new medical profiles; 3. the primary care statistics; 4. the difficult development of new organizational forms (such as group practices and health homes); 5. a comparison with self-employment and employment models in primary care in other European countries (France, Germany, the United Kingdom, Finland, Spain); 6. the functioning of multi-professional teams in some European countries and Italian regions. Important lessons may be drawn from this review. With investments planned through the Nrrp (2 billion euros under M6.C1) and the recent ministerial decree 77/2022, Italy stands on the verge of profound changes in primary care. However, for these changes to take effect, they must be incorporated into collective agreements – signed or to be signed – between the government and medical unions, and implemented by regions and local health enterprises. The conclusion offers some short- and long-term proposals.

Key words. Primary health care in Italy, general practitioner, family doctor, health homes in Italy, community homes in Italy, self-employment, employment status of Gps.

1. Introduzione¹

La medicina di base in Italia è in crisi da molti anni, ancorata a vecchi modelli culturali e incapace di riformarsi. Soffre di una crisi di identità, aggravata dalla crescente scarsità di medici sul territorio e dal ricambio generazionale, nel quale i giovani sembrano ispirarsi a nuovi sistemi di valore. È in grave ritardo rispetto all'evoluzione avvenuta in altri paesi europei, che hanno seguito modelli centrati sulla

medicina di gruppo e l'integrazione con altri professionisti. La pandemia di covid-19 ha svelato le debolezze della prima linea di cura – peraltro eroica nel sacrificio dei suoi medici – e le difficoltà di risposte efficaci, ma come da ogni crisi, la medicina di base potrebbe uscirne rigenerata.

Negli ultimi anni si è manifestata una seria carenza di medici generalisti in Italia (-17% tra il 2010 e il 2023), molte zone risultano scoperte e i pazienti faticano a iscriversi nella lista di un medico. La professione sta invecchiando ed è in atto un ricambio generazionale, oltre che di genere. Si avverte una crisi vocazionale verso la professione di generalista e molte borse di studio per la formazione specifica in medicina generale, seppure aumentate nell'ultimo triennio, restano vacanti. Fenomeni analoghi si riscontrano nel Regno Unito e in Francia (v. oltre) e ancor più in quasi tutti i paesi Ocse (Oecd, 2020),

¹Desidero ringraziare Giuseppe Belleri, ex medico di medicina generale a Brescia, Alessandro Colombo, Direttore dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo-Polis, Michele De Giacomo, responsabile della Segreteria tecnica della Sisac per i loro commenti e suggerimenti ad una prima versione dell'articolo, senza coinvolgerli nei miei eventuali errori.

dove i medici generalisti sono in calo e non si prevede un'inversione di tendenza nel prossimo decennio.

I medici di base soffrono da anni un profondo disagio, spesso silente, che a volte sfocia nel prepensionamento. Percepiscono una perdita di ruolo per l'oggettiva difficoltà di mantenersi al passo con lo sviluppo scientifico e tecnologico e per il proliferare di nuove professionalità (Belleri, 2022). Avvertono il peso dei vincoli burocratici e prescrittivi (per esempio, i piani terapeutici, le note Aifa), che limitano fortemente la loro autonomia, in nome del controllo della spesa sanitaria. A causa del web, che ha ridotto l'asimmetria informativa, devono anche affrontare pazienti sempre più esigenti e rivendicativi, pronti a usare lo strumento della revoca (Belleri, 2022).

Il pubblico e i politici imputano ai medici di non essersi adeguati ai profondi cambiamenti della società, della tecnologia e dell'informazione, continuando a operare secondo un modello organizzativo e culturale di stampo novecentesco: quello del medico libero professionista singolo. Percepiscono come di basso livello tecnologico la medicina di base. Rimarcano le difficoltà di accesso all'ambulatorio, aperto solo 15-20 ore alla settimana, la scarsa integrazione con gli altri servizi (ospedalieri, di prevenzione, sociali), il debole coordinamento con il distretto sanitario e, non da ultimo, l'impovertimento della manualità e della piccola diagnostica, che potrebbero dare risposte immediate alle urgenze e alle ansie, evitando loro di rivolgersi al pronto soccorso (Ps).

Leggi e proposte di riforma non sono mancate nell'ultimo ventennio-trentennio, ma sono state osteggiate dai sindacati medici, sminuite o recepite solo formalmente nell'Accordo collettivo nazionale (Acn), che regola i rapporti tra il servizio sanitario nazionale (Ssn) e i medici liberi professionisti, prestatori di 'lavoro autonomo, continuativo e coordinato' e, da ultimo, non supportate da adeguati fondi statali. Le case della salute (Cds), proposte dalla ministra Livia Turco nel 2007, che avrebbero dovuto integrare i medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls) con altri medici specialisti e professionisti sanitari (infermieri, ostetriche, riabilitatori), sono state sperimentate solo in 13 regioni (Camera dei deputati, 2021). Il Pnrr oggi rilancia questo modello con le case della comunità (Cdc), che rischiano però di mostrare gli stessi limiti delle Cds. Le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le unità complesse di cure primarie (Uccp), introdotte nella riforma del ministro Renato Balduzzi nel 2012 (d.l. 158/2012), non sono decollate (anche) per dei cavilli legali. Le riforme sono rimaste inattuare in molti territori, sia perché demandate alla negoziazione di secondo e di terzo livello (con le regioni e le aziende sanitarie), sia perché legiferate 'a invarianza di spesa' e quindi senza fondi aggiuntivi. L'ostilità dei sindacati medici, l'inerzia delle regioni e la mancanza di finanziamenti

hanno così affossato le migliori intenzioni di riforma dell'assistenza primaria, da tutti ritenuta, a parole, il perno di ogni sistema sanitario.

L'uscita dalla pandemia di covid 19, il desiderio di rinascita, i massicci progetti di investimento del Pnrr stanno creando le aspettative di una palingenesi dei servizi territoriali. La loro rinascita deve però fondarsi su nuove basi culturali, nuove organizzazioni di prossimità (case, ospedali, farmacie di comunità), nuovi modelli professionali (integrazione tra medici di base, paramedici e specialisti), forse nuovi rapporti contrattuali (dalla libera professione alla dipendenza). Timidi segnali stanno già venendo dalle 'comunità di pratica professionali', sperimentate con poche risorse e su base volontaria in alcune realtà (Belleri, 2022). I paesi occidentali stanno attraversando una secolare transizione ecologica, epidemiologica e sociale e il modello assistenziale centrato sulla cura delle malattie acute e sull'ospedale deve cedere il passo al modello delle malattie non guaribili, di lunga durata, trattabili a domicilio (Campagna Primary health care, 2021). Il nuovo paradigma dovrà quindi fondarsi sull'assistenza di prossimità, fatta di servizi facilmente accessibili dai cittadini, secondo la regola urbanistica dei 15 minuti, integrati con i luoghi di vita e di lavoro, non più segregati, come l'ospedale, o al domicilio stesso del paziente, per una presa in carico continuativa e a bassa intensità assistenziale (Zanella, 2022).

La storia dell'assistenza primaria, in tutto il mondo, è la storia di un 'potenziale non realizzato'. È una storia di consensi sulla sua importanza, di dibattiti sulla sua fattibilità e di fallimenti nella sua implementazione (Rajan et al, 2024). Se oggi c'è consenso in Italia sulla necessità di potenziare i servizi territoriali, serve però prima indagare le cause storiche delle disfunzioni e dei ritardi accumulati e confrontarsi con i modelli di organizzazione, stranieri - inglese, scandinavo, francese, spagnolo - e regionali - veneto, emiliano-romagnolo, toscano - per trarne qualche utile lezione². E le lezioni da trarre sono molteplici (v. paragrafi 6, 7, 8).

La rifondazione della medicina di base dovrà avere il coraggio di rompere con i vecchi schemi, mettere in campo risorse adeguate e far prevalere l'interesse generale nella contrattazione collettiva. Perché è l'Acn firmato tra lo Stato e i sindacati dei Mmg che alla fine fa testo, ben al di là delle stesse leggi, come la storia recente ha purtroppo dimostrato. Segnali positivi si intravedono all'orizzonte (Acn 2019-2021, d.m. 77/2022), ma il cammino è ancora lungo e difficoltoso.

²Un recente studio comparativo sull'assistenza primaria in sei paesi europei, commissionato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas, 2022), purtroppo non fornisce utili indicazioni e risposte a questi problemi.

2. Il groviglio dell'assistenza distrettuale

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha definito l'assistenza primaria (*primary health care*) nella Dichiarazione di Alma Ata (Urss) del 1978 (Who, 1978): "L'assistenza sanitaria primaria è l'assistenza essenziale ... resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie ... a un costo che la comunità e il paese possono permettersi di mantenere... È il primo livello di contatto ... con il sistema sanitario nazionale ... e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza...". Nella visione dell'Oms è considerata essenziale e universale, perché risponde ai bisogni primari di salute e deve essere accessibile a tutte le persone e famiglie. Deve inoltre integrarsi con gli altri servizi ospedalieri, riabilitativi, preventivi per dare continuità al processo di cura. Nel corso del tempo e nei vari paesi ha subito diverse evoluzioni, ma presenta tuttora un nucleo di caratteristiche peculiari, individuate da un panel di esperti Ue nelle seguenti (Wonca international dictionary for general/family practice, 2003; European commission, 2018): 1. universale e accessibile, 2. integrata, 3. centrata sulla persona, 4. globale e orientata alla comunità, 5. erogata da un gruppo di professionisti per affrontare un più ampio spettro di bisogni sanitari, 6. basata su un partenariato duraturo con i pazienti e gli assistenti (caregiver) informali, 7. coordinata con i servizi di secondo livello e i servizi sociali, 8. continuativa nell'attenzione alla persona.

Dagli anni ottanta è avvenuto nel nostro paese qualche cambiamento lessicale, ma non è molto cambiata la prassi dei medici e delle istituzioni. La legge istitutiva del Ssn, per esempio, parla ancora di 'assistenza medico-generica' (artt. 25 e 48 l. 833/1978) ed è solo nell'Acn 1987 che si recepisce per la prima volta il termine 'assistenza primaria'. Ma sono comuni anche altre denominazioni ufficiali: medicina generica³, medicina di base, medicina di famiglia, assistenza di base, assistenza territoriale. Secondo l'Acn, il termine 'cure primarie' abbraccia invece le attività prestate dai Mmg e dai Pls, in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali interni (Sai) e gli altri professionisti sanitari.

Le attività, i servizi e le prestazioni riguardanti l'assistenza primaria rientrano, insieme ad altre, nel livello essenziale di assistenza (Lea) assistenza distrettuale (art. 3 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017), che comprende: a. l'assistenza sanitaria di base (medicina generale e pediatria di libera scelta), b. l'emergenza sanitaria territoriale, c. l'assistenza farmaceutica, d. l'assistenza integrativa, e. l'assistenza specialistica ambulatoriale, f. l'assistenza protesica, g. l'assistenza

termale, h. l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale, i. l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale. Oggi l'assistenza distrettuale assorbe oltre la metà della spesa del Ssn (52,3%), ben oltre l'ospedaliera (43,5%), ed è in forte crescita, rispetto a prima della riforma sanitaria (34% nel 1977) (Mapelli, 2020).

Il settore dell'assistenza territoriale (alias, delle cure primarie) – comprendente l'insieme delle strutture ambulatoriali diffuse capillarmente sul territorio, di cui qui si parla (lettere a, b, e del Lea) – è molto esteso, complesso e, soprattutto, frammentato (tabella 1). Include circa 83.000 medici a rapporto semi-libero professionale con il Ssn, organizzati secondo 6 tipi di accordi contrattuali (convenzioni), 2 di contratti di lavoro (pubblico, privato), 4 di remunerazioni (quota capitaria, pagamento a ora, a tariffa per prestazione, a stipendio) e differenti livelli retributivi. Al suo interno si possono enucleare due aree: l'assistenza di base, che comprende nel 2022⁴ i Mmg (n. 39.366), i Pls (n. 6.962), i medici di continuità assistenziale (Mca) (n. 10.671), di emergenza territoriale (Met) (n. 2.684), di medicina dei servizi (Mds) (n. 1.322), per un totale di 61.005 medici (tabella 1), più un numero sconosciuto di infermieri e di amministrativi; l'assistenza specialistica, che abbraccia 22.457 tipi di unità, un dato eterogeneo comprendente 14.424 medici specialisti interni, 6.931 branche specialistiche private esterne e 1.102 ospedali pubblici, con un numero imprecisato di medici che lavorano negli ambulatori, nelle diagnostiche e nei laboratori di analisi (Ministero della salute, 2023a)⁵. Il 50% dell'attività specialistica ambulatoriale è svolto dagli ospedali pubblici, il 30% dalle strutture e da professionisti esterni, il 20% dagli specialisti interni⁶. Solo in Italia, tuttavia, la specialistica ambulatoriale è inclusa tra le cure primarie, mentre quasi ovunque è considerata di secondo livello, se si escludono le branche a più larga diffusione (cardiologia, ginecologia, dentistica). Inoltre i poliambulatori extra-ospedalieri sono presenti quasi solo in Italia e Germania (v. paragrafo 7), perché le prestazioni specialistiche sono erogate di norma dagli ospedali a favore degli esterni (*outpatient*). La tabella 1 riepilo-

⁴ Dati più recenti disponibili.

⁵ Nel Ssn sono presenti, infatti, tre erogatori di prestazioni specialistiche: 1. gli specialisti ambulatoriali 'interni' (rappresentati dal sindacato Sumai), che operano come convenzionati in strutture pubbliche (poliambulatori extra-ospedalieri, Cds), 2. gli specialisti privati convenzionati 'esterni', operanti in strutture proprie o di un ente privato (per esempio, casa di cura), 3. gli specialisti ospedalieri pubblici, che operano a favore dei pazienti esterni (*outpatient*), e sono compensati secondo la retribuzione di risultato (ex plus-orario).

⁶ Nostre elaborazioni su dati forniti dal Ministero della salute per il 2019, da cui sono escluse le prestazioni di laboratorio e diagnostica.

³ Vedi ancora oggi le titolazioni delle statistiche del Ministero della salute e dell'Istat.

Tabella 1. I diversi tipi di convenzione e il numero di medici di assistenza territoriale. Anno 2022.

Tipologia di assistenza	N. (2022)	Anno istituzione		Struttura		Rapporto di lavoro	Remunerazione
		Inam	Ssn	pubblica	privata		
Medicina generale - in associazione - singoli	39.366 27.248 12.118	1943	1981	(√)	√	autonomo ⁶	quota capitaria ⁷
Pediatria di libera scelta - in associazione - singoli	6.962 4.811 2.151	1975 ¹	1981	(√)	√	autonomo ⁶	quota capitaria
Guardia medica- Continuità assistenziale - festiva - notturna	10.671	1966 ² 1973 ³	1981	√ √		autonomo ⁶ autonomo ⁶	per ora per ora
Medicina dei servizi	-	-	1979	√		autonomo ⁶	per ora
Emergenza sanitaria territoriale	2.684	-	1991	√		autonomo ⁶	per ora
Specialisti interni - biologi, chimici, psicologi, veterinari	14.424 3.152	1943	1981 1979	√ √		autonomo ⁶	per ora
Specialisti esterni - medici (clinici) - laboratori analisi - diagnostiche	2.878 ⁴ 2.311 ⁴ 1.742 ⁴	1943	1980		√	autonomo ⁶ , dipendente privato	tariffe
Specialisti ospedalieri (pubblici)	1.102 ⁵	1943	1983	√		dipendente pubblico	(plus orario) retribuzione di risultato

Fonte: nostre elaborazioni su documenti ufficiali e leggi, in particolare su Inam, *Bilancio consuntivo*, vari anni; Ministero della salute, *Annuario statistico del Ssn, 2022*; Sisac 2022. I dati sono all'1 gennaio 2022.

Note 1: l'assistenza pediatrica ai bambini fino a 6 anni era prevista dalla legge istitutiva dell'Inam; 2: andata a regime nel 1970; 3: andata a regime nel 1977; 4: numero di convenzioni (le strutture sono 4.903); 5: numero di strutture ospedaliere; 6: lavoro autonomo, continuativo e coordinato; 7: inizialmente e fino al 1977 era prevista sia la remunerazione 'a notula' (per prestazione), sia 'a quota capitaria'; (√): case della salute, case della comunità e simili.

ga l'anno di istituzione (o della prima convenzione), le caratteristiche principali dei servizi territoriali e la loro evoluzione storica.

Ogni giorno negli ambulatori dei Mmg passano circa 1,5 milioni di pazienti per una visita (oltre a 900.000 per sole richieste di prescrizioni) e nelle strutture specialistiche extra-ospedaliere circa 800.000 pazienti per visite e terapie. I medici di guardia notturna e festiva visitano per ogni turno 28.000 pazienti. Per gli ospedali il dato corrispondente è di 33.000 ricoverati al giorno. Ogni giorno accedono anche al Ps 52.000 persone, che poi non sono ricoverate. Sono flussi impressionanti che danno il senso del ruolo cruciale svolto dalle cure primarie e che sollevano allo stesso tempo il problema del loro governo.

L'assistenza territoriale rappresenta un'area simile, per dimensione, a quella ospedaliera, ma con caratteristiche così peculiari, che la rendono del tutto diversa. Il numero dei medici territoriali (83.000) è analogo, infatti, a quello dei medici ospedalieri del Ssn (88.000), ma le differenze maggiori sono date: 1. dal rapporto di lavoro, 2. dalla proprietà dei mezzi di

produzione, 3. dalla capillarità delle strutture di erogazione, 4. dalla tecnologia di produzione. La diversità principale è il rapporto di lavoro, che è subordinato e di pubblico impiego per gli ospedalieri, e semi-libero professionale per i medici generalisti. Mentre i medici ospedalieri sono governati dalla catena di comando-e-controllo aziendale - fatta salva l'autonomia clinica - e rispondono all'azienda sanitaria dei loro risultati, i medici generalisti sono lavoratori autonomi (*self-employed*) che si auto-determinano nell'esecuzione della propria prestazione (art. 222 del codice civile)⁷ e sono solo 'coordinati funzionalmente' dal distretto sanitario, nei modi definiti dalla convenzione nazionale e dagli accordi integrativi aziendali. Per operare, i Mmg e i Pls devono disporre di un ambulatorio (di proprietà o in affitto), considerato presidio del Ssn, e di adeguate attrezzature (art.

⁷L'Acn 2005-09 (art. 13) definisce quello dei Mmg come 'lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali' e quello degli Sai come 'parasubordinato' (art. 2.2 Acn 2016-18).

35 Acn 2019-21). Data la natura di pubblico servizio dell'incarico svolto (art. 338 c.p.), la convenzione ha previsto negli anni una serie di istituti contrattuali tipici del rapporto dipendente (per esempio, i diritti sindacali, il diritto di sciopero, il pagamento dei contributi previdenziali da parte dell'Asl) e di benefici economici (per esempio, il concorso alle spese dell'ambulatorio, del telefono, dell'automezzo, l'indennità di avviamento, per il collaboratore amministrativo e l'infermiere, per la medicina di gruppo e in rete). Le altre due differenze con i medici ospedalieri riguardano il tipo di tecnologia impiegata (piccole vs grandi apparecchiature diagnostiche e chirurgiche) e la capillarità degli ambulatori medici, presenti anche nei piccoli aggregati montani o insulari, rispetto ai conglomerati ospedalieri. In termini economici, queste tipicità determinano una distinta funzione di produzione dei servizi medici territoriali, rispetto a quelli ospedalieri (Clerico, 1988).

3. Alle origini della medicina generica

I servizi territoriali ruotano attorno al Mmg, che è il vero perno dell'intero sistema sanitario. Il suo ruolo e le sue funzioni sono stati codificati per la prima volta nel 1943 quando, durante il fascismo e in tempo di guerra, fu creato l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (Inam)⁸ (l. 138/1943), che provvedeva all'assistenza obbligatoria 'in caso di malattia' dei lavoratori dipendenti del settore privato, tra cui 'l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale' e 'l'assistenza pediatrica' (art. 6)⁹. Il complesso delle norme e degli accordi contrattuali da allora stipulati porta a identificare queste caratteristiche (Inam, 1968):

1. il medico generico (Mg) è un libero professionista che instaura con l'Ente un 'contratto di prestazione di opera intellettuale' (art. 2229 e segg. codice civile) regolato da un Ac, rinnovato periodicamente (ogni 3 anni intenzionalmente);
2. gli assicurati devono scegliere un Mg di loro fiducia¹⁰, fra i sanitari iscritti negli appositi elenchi, ed essere iscritti nella sua lista per avere diritto all'assistenza sanitaria;
3. il Mg è il medico di primo accesso per tutti i problemi di salute, urgenti e non urgenti, degli assistiti;
4. l'accesso al Mg è diretto e gratuito;

⁸ Originariamente denominato Ente mutualità fascista - Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori.

⁹ Negli anni trenta l'assistenza medica era già erogata, in forma indiretta e talvolta diretta, dalle casse mutue di settore (agricoltura, industria, commercio etc.) istituite a seguito dei contratti collettivi nazionali o di varia iniziativa, ai sensi della l. 563/2026.

¹⁰ La scelta del Mmg riguardava tutti i membri della famiglia; da qui la denominazione di 'medico di famiglia'.

5. è necessaria una prescrizione del Mg per ritirare i farmaci, accedere agli specialisti e agli ospedali convenzionati;
6. il Mg deve disporre di un proprio ambulatorio e di attrezzature adeguate per la visita dei pazienti;
7. il Mg, oltre l'orario di ambulatorio, è sempre reperibile per le chiamate dei pazienti (disponibilità 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana).

Altre norme contrattuali regolavano le incompatibilità tra l'esercizio del Mg e altre attività mediche (per esempio, ospedaliere), il numero massimo di assistiti per medico (fino al 1964 era possibile superare le 2.000 scelte) e il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 assistibili (Accordo Inam-Fnom 1973-75).

In termini moderni queste caratteristiche mettono in risalto che il Mg ricopre un ruolo fondamentale all'interno del sistema sanitario, perché assicura l'uguaglianza di accesso dei pazienti, attraverso la gratuità di accesso, è il *disease o clinical manager* dei loro problemi di salute, intrattenendo una relazione stabile e continuativa che facilita anche la conoscenza dell'eziologia delle malattie, è il *gatekeeper* (portiere) che autorizza l'accesso - previa prescrizione (*referral*) - ai servizi specialistici di livello superiore e infine il committente (*clinical commissioner*) che 'acquista' da altri operatori le prestazioni o i pacchetti di cure per i propri assistiti¹¹.

Nella tradizione anglosassone, dove è nato, il medico generalista (*general practitioner - Gp*) è una figura a sé che si differenzia tanto dal *physician* (medico internista) quanto dal *surgeon* (chirurgo), sia per la formazione specifica, teorica e pratica, che per l'attività svolta. Non si occupa, infatti, di problemi specialistici di organi, apparati o funzioni, ma dell'insieme dei problemi di salute delle persone. Se lo specialista tratta la malattia, il medico generalista tratta il malato nella sua interezza di persona, di cui conosce la storia familiare e la psicologia. "È il medico di primo e continuo contatto... che ha come oggetto del suo lavoro la salute e l'equilibrio psico-fisico del suo paziente" (Poli, 1973). Le sue origini risalgono all'ottocento (Swift, 1982, Loudon, 1983), anche se il consolidamento di questa figura si ebbe con il National Insurance Act del 1911, che adottò il sistema dell'iscrizione nelle liste del Gp, derivato dalle *friendly societies* (società di mutuo soccorso) per sancire il diritto all'assistenza (General practice, 2024). Nel 1948, con la nascita del National health service (Nhs), il sistema fu esteso a tutti i cittadini del regno. Nello stesso anno i Gp inglesi optarono per mantenere lo status di *independent contractor*, anziché quello di lavoratori dipendenti (The King's Fund, 2011, cap.

¹¹ Negli anni ottanta prevaleva una visione negativa del ruolo del Mg, definito nei documenti ministeriali e nella legge (art. 241. 730/783), come 'ordinatore di spesa'.

2), ma dovettero accettare il pagamento a *capitation*, al posto del precedente *fee-for-service*.

Diverse forme di accesso e di remunerazione dei Mg coesistevano in Italia fino ai primi anni settanta. L'Inam adottava l'accesso diretto (gratuità della visita), anche se un'esigua minoranza seguiva l'assistenza indiretta (libera scelta del medico e successivo rimborso della visita, secondo le tariffe dell'Ente)¹². In seguito, anche le casse mutue dei coltivatori diretti e dei commercianti optarono per l'assistenza diretta, mentre altri enti (Enpas, Enpddep) preferirono l'indiretta e altri ancora sia la diretta che l'indiretta (Inadel, Cm Artigiani) (Illuminati, 1970; Chiappelli, 1978). Quanto alla remunerazione dei Mg, nell'Inam erano presenti Mg remunerati sia 'a notula' (per singolo atto), sia 'a quota capitaria' (per assistito), sia con 'sistema misto'. Negli anni cinquanta tra i medici dell'Inam prevaleva il sistema a notula (51,8% nel 1957), ma nel 1977 il sistema a quota capitaria aveva conquistato il maggior seguito (56,9%) (Annuario statistico dell'Inam). Il metodo della quota capitaria fu scelto nel 1978 come unico metodo per il Ssn, *in primis* perché rendeva programmabile la spesa sanitaria.

Gli antesignani dei medici di base erano stati, dopo l'unità d'Italia, i medici condotti, figure particolari, le cui origini risalgono al medioevo, se non all'antichità romana (Bax e Grandis, 2009), introdotti e regolamentati dalla legge Crispi del 1888 (art. 13 e segg. l. 5849)¹³. Erano dipendenti e stipendiati dei comuni o consorzi di comuni, che erogavano l'assistenza medico-chirurgica ai poveri e, nel novecento, alle persone non coperte da assicurazione pubblica. Nei piccoli comuni il medico condotto svolgeva anche le funzioni di ufficiale sanitario (art. 12), addetto alla tutela della salute pubblica e alle vaccinazioni. Il testo unico delle leggi sanitarie del 1934 (art. 55-58 del regio decreto 1265) confermò la funzione del medico condotto ed estese ai poveri anche l'assistenza farmaceutica. Con la riforma sanitaria del 1978 ai medici condotti fu data la possibilità di rimanere dipendenti a tempo definito e convenzionarsi per la medicina di base o la medicina di comunità (medicina dei servizi). L'art. 25 della l. 833/1978 stabilisce che "l'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Ssn...", lasciando quindi aperta la possibilità della dipendenza dei medici di base, un'ipotesi tornata d'attualità nel recente dibattito (v. paragrafo 9). Il Ministero della sanità aveva censito nel 1970 la presenza di 9.010 condotte e di 7.252 medici di ruolo, oltre a 1.264 medici interini (Ministero della sanità, 1974) e nel 1980 ne stimava la consistenza in 10.000 unità.

¹² Previo il benessere dell'Ente; ciò valeva anche per gli specialisti, gli ospedali, i laboratori analisi e la diagnostica.

¹³ La legge prevedeva anche la presenza di una levatrice e di un veterinario condotta/o (artt. 14 e 20).

4. L'evoluzione della medicina di base

Una breve storia dell'evoluzione della medicina di base, attraverso la lettura degli accordi contrattuali periodicamente rinnovati, può essere istruttiva per valutarne i (pochi) successi, i fallimenti e, soprattutto, i ritardi nell'adottare forme organizzative nuove. Questa storia si interseca inevitabilmente con quella istituzionale sulla formazione specialistica del Mmg, voluta dalla Comunità economica europea (Cee) nei primi anni novanta, e con quella del progressivo ma inarrestabile declino del numero di medici del territorio, iniziato nei primi anni duemila, fino alla crisi dei nostri giorni.

4.1. GLI ACCORDI COLLETTIVI DALL'INAM AL SSN DI OGGI

In passato le convenzioni dell'Inam erano stipulate con la Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnom). Fu dal 1977 che la legge (art. 8 l. 349/1977) prevede la stipula di un accordo nazionale tra i Ministeri della sanità, del lavoro, del tesoro, le regioni e le organizzazioni sindacali più rappresentative a livello nazionale. Una delle prime convenzioni tra l'Inam e la Fnom (1955) regolò su nuove basi i rapporti con i medici generici, specialisti e ospedalieri. Il contrastato accordo del 1964 introdusse l'albo territoriale unico per tutti gli enti mutualistici e il massimale di scelta. Quella del 1966 istituì il servizio di guardia medica festiva e quella del 1973 il servizio di guardia medica notturna, che furono attivati gradualmente nelle diverse province (tabella 1). L'assistenza pediatrica¹⁴ fu creata in via sperimentale con la convenzione del 1975.

Nel 1978 si firmò il primo accordo-tipo nazionale dei medici generici, pediatri e di guardia medica, un accordo-ponte per tutti gli enti mutualistici in liquidazione (ex l. 386/1974), nell'imminente istituzione del Ssn. Elencava le incompatibilità con altre funzioni (art. 2), confermava il rapporto ottimale di 1 Mg ogni 1.000 residenti oltre i 12 anni (art. 6), il massimale di 1.500 assistibili (art. 13)¹⁵, la remunerazione a quota capitaria (differenziata secondo l'età dell'assistito e l'anzianità di laurea del Mg (art. 42)¹⁶ e la medicina di gruppo (art. 32), introdotta come espediente per far rientrare nei parametri i medici oltre il massimale, attraverso l'associazione con un giovane medico. Regolava inoltre l'assistenza pediatrica (Parte IIa) e la guardia medica (art. 35). Si stabiliva che l'ambulatorio deve essere aperto per 5 giorni alla settimana

¹⁴ Riservata ai medici specializzati in pediatria o con esperienza quinquennale presso un reparto ospedaliero.

¹⁵ Il 34% dei Mg superava la soglia di 1.500 assistibili.

¹⁶ A cui era aggiunta l'indennità di ferie e il pagamento dell'85% degli oneri previdenziali da parte dell'Ente (11,5% su 13,5%).

“secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco” (art. 21)¹⁷. Nel 1979 fu firmata la prima convenzione con i medici dei servizi (Ms, non specializzati) addetti alla medicina scolastica, dello sport, alle vaccinazioni.

La conferma del rapporto ottimale, del massimale di scelte, la stretta sulle incompatibilità¹⁸ e la moltiplicazione delle figure professionali furono un tentativo di risposta al problema della ‘plethora medica’ – come veniva definita dall’Ordine dei medici – creatosi a seguito della liberalizzazione dell’accesso all’università del 1969 (l. 910/1969)¹⁹. In pochi anni, infatti, il numero di immatricolati alla facoltà di medicina era triplicato e il numero di medici laureati passato da 3.350 nel 1969 a 14.457 nel 1978 (Istat, Annuario statistico italiano). Nei primi anni ottanta circa 30.000 nuovi medici trovarono così uno sbocco e un incarico stabile nel Ssn appena creato (+10.000 medici generici, +6.000 pediatri e +15.000 medici di guardia notturna e festiva) (Ministero della sanità, 1981). Come reazione al problema dell’eccesso di medici, nel 1986 fu istituito il numero programmato per l’iscrizione alle facoltà di medicina (art. 6 d.p.r. 95/1986).

Il primo accordo nazionale con il Ssn fu firmato nel 1981, ai sensi dell’art. 48 l. 833/1978. L’accordo (d.p.r. 13 agosto 1981) ricalcava le linee della precedente convenzione ed era generoso nel riconoscere un “contributo forfettario per la produzione del reddito” (disponibilità dell’ambulatorio, del telefono, dell’automezzo: 8.000 lire per assistibile); prevedeva inoltre la possibilità di eseguire 32 tipi di prestazioni extra (per esempio, suture, cateterismi, fleboclisi, trasfusioni di sangue, lavanda gastrica, bendaggio gessato etc.), remunerate a tariffa²⁰.

Gli accordi nazionali furono rinnovati, spesso in ritardo, e resi esecutivi con decreto del presidente della Repubblica: nel 1984 (d.p.r. 882/1984), nel 1987 (d.p.r. 289/1987), nel 1990 (d.p.r. 314/1990), nel 1996 (d.p.r. 484/1996) e nel 2000 (d.p.r. 270/2000). Nel 2001 l’accordo nazionale fu delegificato e fu istituita la Struttura interregionale sanitari convenzionati (Sisac), l’agenzia che firmò i primi accordi nazionali²¹ nel 2005 e succes-

sivamente nel 2009-10, nel 2018, nel 2022 e nel 2024 (v. oltre). Al momento devono iniziare le trattative per il rinnovo dell’accordo nazionale 2022-24.

4.2. LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Nel 1975 la Cee emanò la prima direttiva riguardante il diritto al libero stabilimento e all’esercizio della professione medica all’interno della comunità, procedendo a riconoscere i titoli di medico e di medico specialista rilasciati dai paesi membri (direttiva del Consiglio 75/362). Ogni paese aveva, infatti, una propria legislazione, curricula formativi e specializzazioni diverse per contenuto e durata. La medicina generale fu oggetto anch’essa, nel 1986, di una direttiva (86/457) che decretò la necessità di una formazione specifica del Mg per l’esercizio dell’attività. Disponeva l’istituzione in ogni Stato membro di un Corso di formazione specifica in medicina generale (Cfsmg) di durata biennale, a tempo pieno, che doveva essere “più pratico che teorico” e impartito per almeno 6 mesi presso un ospedale e per altri 6 mesi presso un ambulatorio di medicina generale (art. 2). L’Italia recepì la direttiva con il d.m. della sanità 10 ottobre 1988, assicurando il finanziamento di 7.500 borse di studio biennali, e regolamentò i corsi affidando alla regione l’individuazione delle strutture e al presidente dell’ordine provinciale dei medici il rilascio dell’attestato finale (art. 3). Nel 1991 furono avviati i primi corsi di formazione specifica (d.lgs. 256/1991). Nel 1993 fu emanata la direttiva 93/16 che unificava le precedenti norme sul riconoscimento reciproco dei titoli di specializzazione e vi includeva la medicina generale (titolo IV), ribadendo le precedenti norme. In Italia la direttiva Cee fu recepita solo nel 1999 con il d.lgs. 368/1999.

Nel 2001 vi fu una svolta, perché l’Ue allungò la durata minima del corso di formazione da 2 a 3 anni (art. 31 direttiva 2001/2019) e l’Italia recepì la normativa europea con il d.lgs. 277/2003, modificativo del precedente. Questo decreto adeguava la durata del corso a 3 anni e ne affidava l’esecuzione e il controllo alle regioni (art. 9 h. modifiche all’art. 24 del d.lgs. 368/1999); confermava inoltre la frequenza obbligatoria e a tempo pieno. Il Ministero della salute aveva il compito di definire gli obiettivi didattici, i programmi e i metodi, in accordo con le regioni, la Fnomceo e altri organismi, mentre le regioni dovevano individuare e accreditare le strutture (ospedali e ambulatori) delle “attività didattiche pratiche e teoriche”. Si stabiliva la durata del corso in 4.800 ore, di cui 2/3 di attività pratiche (art. 26), e che il diploma è rilasciato dalla regione. Dal 2003 iniziarono i primi corsi triennali regionali, che di fatto erano – e sono – diversi da regione a regione. Da questa norma scaturì la non equiparabilità del diploma regionale con il titolo di

¹⁷ Questa formulazione sarà presente in tutte le successive convenzioni fino al 2005, quando si stabilirono dei parametri in rapporto al numero di assistiti (v. paragrafo 4.4.).

¹⁸ Secondo la Fimmg, i medici iscritti negli elenchi prima delle incompatibilità erano 59.482 ed erano scesi a 55.404 (-4.078) dopo l’introduzione di queste norme.

¹⁹ La legge dava la possibilità ai diplomati delle scuole superiori di iscriversi a qualsiasi corso di laurea, mentre fino ad allora alcune facoltà erano accessibili solo a chi avesse frequentato il liceo.

²⁰ Tale possibilità era prevista anche dall’Inam.

²¹ Gli Acn gestiti dalla Sisac riguardano 11 categorie convenzionate: i Mmg, i Pls, i Mca, di emergenza sanitaria territoriale, di medicina dei servizi, gli specialisti ambulatoriali, i biologi, i chimici, gli psicologi, i veterinari, i farmacisti territoriali.

specializzazione medica rilasciato dall'università, necessario per l'assunzione in ruolo come dipendente del Ssn (art. 15 d.lgs. 502/1992 e art. 24 d.p.r. 483/1997). Da ultimo, il d.m. salute 7 marzo 2006 riorganizzò le procedure per l'espletamento dei corsi di formazione specifica in medicina generale e fissò l'importo della borsa di studio (11.103,82 euro lordi).

Oggi la situazione nei paesi dell'Ue è assai diversificata: 11 paesi richiedono la semplice qualifica dei Cfsmg (Belgio, Bulgaria, Cipro, Francia, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Ungheria, oltre al Regno Unito), mentre gli altri 16 esigono un titolo di specializzazione universitaria di 4 anni (Austria, Croazia, Estonia, Irlanda, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, Spagna) o di 5 anni (Cechia, Germania, Grecia, Slovacchia, oltre a Islanda e Svizzera) o di 6 anni (Danimarca, Finlandia, Svezia, oltre alla Norvegia) (fonte: nostra ricerca sui singoli paesi). Di conseguenza, mentre i medici specializzati possono esercitare la professione in qualunque altro paese dell'Ue, i medici qualificati solo in quelli che richiedono il Cfsmg.

4.3. LE TRE LINEE EVOLUTIVE

La medicina di base in Italia è passata negli ultimi ottant'anni attraverso tre linee evolutive, seppure non ancora compiute: 1. la suddivisione dei compiti, una volta eseguiti dal Mg, in attività svolte da più figure mediche; 2. il passaggio dall'esercizio in forma singola alla medicina in gruppo o in rete con altri colleghi; 3. l'integrazione del medico generalista con altri medici specialisti e altri professionisti sanitari nei centri di salute.

Nei primi anni sessanta la figura eroica del Mg, sempre disponibile 24 ore al giorno e 7 giorni su 7, iniziò ad andare in crisi e negli accordi con l'Inam si introdusse dapprima l'istituto della guardia medica festiva (1966) e poi notturna (1973), che si sperimentarono inizialmente in alcune province e andarono a regime alcuni anni dopo (tabella 1). La guardia medica ebbe il suo riconoscimento nell'Acn del 1981 e cambiò denominazione in "continuità assistenziale" con il d.p.r. 494/1996 (art. 48), che estese la possibilità di effettuare il servizio anche di giorno, un'opzione sempre più utilizzata negli ultimi anni per le zone carenti di Mmg.

L'assistenza pediatrica, pur prevista nella legge istitutiva dell'Inam (art. 6), fu attivata solo nel 1975, sotto la spinta del forte incremento delle nascite (*baby boom*) e della popolazione infantile degli anni cinquanta e sessanta. Furono soprattutto le difficoltà di reperimento dei pediatri a ritardarne l'avvio. L'Italia, la Spagna e Cipro sono gli unici paesi dell'Ue ad avere istituito il 'pediatra di base', presso cui i bambini sono obbligati a registrarsi (European observatory on health systems and policies, 2015).

La medicina dei servizi, riguardante la medicina scolastica, sportiva e di comunità, è la prosecuzione dell'attività dei medici condotti, mentre l'emergenza sanitaria territoriale, istituita nel 1991 (d.p.r. 41/1991), comprende il primo soccorso esterno all'ospedale, il trasferimento in ambulanza e il coordinamento dell'emergenza presso la centrale operativa (art. 22). Nel corso del tempo, le funzioni svolte in origine dal Mg si sono quindi sviluppate in 5 diverse figure professionali.

Non è avvenuto, invece, in Italia il processo di delega di funzioni (*task shifting*) dal medico all'infermiere, che vige in molti paesi europei (paragrafi 6 e 7) e solleverebbe il medico da una serie di incombenze non essenziali. Un'innovazione, ancora in fase sperimentale, è a questo riguardo l'infermiere di famiglia o di comunità (IFoC), introdotto dal d.m. 77/2022.

Le associazioni tra i medici sono emerse molto lentamente - tanto da non essere ancora molto diffuse - e hanno assunto due forme: quelle monoprofessionali tra Mmg e Pls, che dal d.l. 158/2012 sono definite Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), e quelle multiprofessionali tra Mmg, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari (infermieri, tecnici della riabilitazione, della prevenzione etc.), definite Unità complesse di cure primarie (Uccp). Entrambe le associazioni operano all'interno di una struttura fisica (e sono definite 'strutturate'): un ambulatorio con 3-4 studi medici per i Mmg in gruppo, oppure una Cds o un Presidio territoriale di assistenza. Esistono poi anche associazioni 'non-strutturate' che sono le associazioni semplici, le associazioni in rete (tra Mmg) e le équipes territoriali (tra Mmg, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari)²², dove ogni singolo professionista lavora nel proprio studio, coordinandosi con gli altri per problemi e obiettivi comuni. Secondo la stratificazione degli Acn avvenuta nel corso degli anni, sono tuttora in vigore 6 tipologie di associazione, che francamente sembrano eccessive e andrebbero sfolte.

Le aggregazioni funzionali territoriali (Aft)

La medicina di gruppo o in associazione apparve per la prima volta nella convenzione-tipo del 1978 con lo scopo dichiarato di "migliorare la qualità delle prestazioni e il coordinamento delle attività mediche". Nei successivi Acn, l'associazionismo fu gradualmente regolamentato, fino alla convenzione del 2000 che formulò l'articolato ancora oggi in vigore: 1. l'associazione è "libera, volontaria e paritaria"; 2. i rapporti tra i membri e la suddivisione delle spese sono disciplinati da un accordo interno; 3. ogni medico deve essere disponibile a svolgere la propria attività nei riguardi degli assistiti degli altri colleghi.

²² Previste dall'Acn del 2000, ma di fatto mai decollate.

Sono individuate tre forme associative:

- la medicina in associazione;
- la medicina in rete;
- la medicina di gruppo.

La medicina in associazione (semplice o virtuale) prevede solo il coordinamento degli orari per garantire 6 ore di apertura al giorno e di almeno uno studio fino alle 19:00, la condivisione di linee guida e momenti di revisione della qualità delle cure, ma i medici continuano a operare nei propri studi. Possono associarsi da 3 a 10 medici di assistenza primaria (Mmg, Pls, Mca). La medicina in rete richiede la connessione informatica degli studi medici, l'accessibilità alla scheda sanitaria individuale dei pazienti, l'utilizzo di procedure di comunicazione telematiche con l'azienda sanitaria (per prenotazioni, invio di dati). Valgono gli stessi parametri di associazione (da 3 a 10) e l'obbligo di apertura di uno studio fino alle 19:00. La medicina di gruppo prevede invece una sede unica del gruppo, articolata in più studi medici a uso promiscuo, la presenza di strumentazione comune e di supporti tecnologici, l'utilizzo di personale infermieristico e di segreteria comune, la gestione informatizzata della scheda sanitaria individuale. Il numero massimo di medici associati è di 8. I medici in gruppo possono associarsi in cooperative di servizi (ex art. 8.1 d.lgs. 229/1999), imprese che forniscono loro i servizi necessari per la gestione delle attività (per esempio, personale di studio e infermieristico, sistemi informativi, acquisto di beni di consumo e attrezzature etc.). Secondo un recente accordo nazionale (art. 8 Acn 2016-18), spetterà alle regioni disciplinare le diverse forme associative, nel quadro della normativa specifica che adotteranno sulle Aft. Le tre forme associative ricevono un incentivo²³ e godono di contributi economici per il costo del personale infermieristico e amministrativo di studio (v. paragrafo 5 per il numero di medici in associazione).

Le unità complesse di cure primarie (Uccp)

Nella convenzione del 2000 entrarono in scena, per la prima volta e in via sperimentale, le équipes territoriali multiprofessionali (tabella 2), composte da Mmg, Pls, Mca, Mms, specialisti ambulatoriali e operatori sociali con il compito di produrre "valutazioni multidimensionali e programmi di lavoro" nelle attività ad alta integrazione sociosanitaria, quali dipendenze, Hiv, pazienti terminali, salute mentale. Non avevano compiti operativi e non è nota la loro vera attività, ma furono riproposte anche nelle successive convenzioni,

²³ Per esempio, nell'Acn del 2005 erano 7,00 euro per assistito per la medicina di gruppo, 4,70 euro per quella in rete e 2,58 euro per quella in associazione.

dove erano considerate aggregazioni funzionali, remunerate all'interno della quota capitaria.

Le vere associazioni multiprofessionali comparvero nell'accordo nazionale del 2005, che prevedeva la possibilità per le regioni di costituire, in via sperimentale e volontaria, le Utap (unità territoriali di assistenza primaria), senza peraltro indicarne le funzioni e l'organizzazione.

Le Utap furono rinominate Uccp nell'Acn del 2009, dove si stabilì che fossero costituite da accordi tra la regione e le organizzazioni sindacali. Nel 2012 il ministro della salute Renato Balduzzi emanò il d.l. 158 (convertito nella l. 189/2012) che riorganizzava l'assistenza primaria, rendendo istituzionali le forme organizzative - Aft e Uccp - già previste dagli Acn e disponendo la continuità del servizio 24/24 h e 7/7 giorni. La riforma fu accolta tiepidamente dai medici di base²⁴ e avversata dai loro sindacati. L'art. 1 del d.l. disponeva l'adeguamento della convenzione alle nuove norme sulle Uccp (entro 180 giorni) e la stipula di accordi regionali attuativi, "senza ulteriori oneri per la finanza pubblica". Ma la prima convenzione-ponte rinnovata nel 2018, dopo il blocco imposto, che avrebbe dovuto recepire il d.l., si limitò invece a regolare il trattamento economico e gli arretrati retributivi. Le novità del d.l. 158/2012 entrarono, solo dopo 10 anni, nel vero Acn 2016-18 (firmato nel gennaio 2022), che recepi il ruolo unico di assistenza primaria (comprendente i Mmg e i Mca; art. 2 e 31) e le nuove forme organizzative della medicina territoriale (Aft e Uccp). In linea con l'impianto del regionalismo sanitario, sia il d.l. 158 che l'Acn demandano alle regioni l'istituzione delle Aft e le modalità di partecipazione dei medici alle Uccp (art. 8), il che darà luogo a difformi situazioni regionali e diversi tempi di attuazione. In ogni caso, non esiste alcun obbligo contrattuale per i Mmg e i Pls di operare nelle Aft. Le tre precedenti forme associative rimangono in vigore fino all'avvio delle Aft e Uccp, dopo di che saranno regolate dagli accordi regionali, riguardanti l'esercizio associato sia *intra* che *extra* le Cdc²⁵. L'ultimo importante passo di riforma è stato compiuto dal recente Acn 2019-21²⁶, che definisce il nuovo numero ottimale di 1.200 residenti per medico (art. 32) e fissa all'1 gennaio 2025 l'avvio del ruolo unico (art. 34). Per i nuovi medici l'impegno lavorativo sarà di 38 ore alla settimana (art. 31) e comprenderà l'attività sia verso i pazienti in carico, sia presso il distretto o le strutture pubbliche (per esempio, Cdc), con progres-

²⁴ Secondo un sondaggio pubblicato dal *Sole 24 Ore Sanità* del 18-24 settembre 2012, il 57% dei Mmg non riteneva essenziali le Aft, il 40% non riteneva utili le aggregazioni pluriprofessionali e il distretto come la sede di riferimento delle cure primarie, l'85% irrealistico l'obiettivo dell'apertura di 24 ore al giorno.

²⁵ L'Acn introduce anche il nuovo settore della medicina penitenziaria.

²⁶ Firmato l'8 febbraio 2024.

Tabella 2. Evoluzione di alcuni istituti nelle convenzioni della medicina generale. Anni 1978-2024.

Anno ^f Acn	Apertura ambulatorio Mmg			Associazioni Mmg			Forme di integrazione	
	giorni settimana	singolo	gruppo ^a	semplice ^b	in rete	di gruppo		
1978	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1981	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1984	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1987	5	a discrezione	8 h/g ^c	√ (indistinta)				
1990	5	a discrezione	6 h/g ^c	√ (indistinta)				
1996	5	a discrezione	6 h/g ^c	√ (indistinta)				
2000	5	a discrezione	6 h/g ^c	√	√	√	équipe territoriali	
2005	5	3 h/g ^d	6 h/g ^c	√	√	√	équipe territoriali	Utap
2007	l. 296/2006 art. 1 c. 806. lett. a e d.m. salute 10 luglio 2007 (Livia Turco)						équipe territoriali	Cds
2009	5	3 h/g ^d	6 h/g ^c	√	√	√	équipe territoriali	Aft Uccp
2012	d.l. 158/2012 e l. 189/2012 art. 1 (Renato Balduzzi)						équipe territoriali	Aft Uccp
2016	5	3 h/g ^d	6 h/g ^c	√	√	√	équipe territoriali	Aft Uccp
2019 ^f	5	3 h/g ^d	6 h/g ^{c,e}	√ ^e	√ ^e	√ ^e		Aft Uccp

Fonte: nostre elaborazioni sugli Acn e le leggi nazionali.

Note: a: riferita alle tre forme associative; le ore indicate si riferiscono all'insieme dei medici; b: medicina in associazione; c: distribuite equamente al mattino e al pomeriggio; d: da 1.000 a 1.500 assistiti; e: fino all'attivazione delle Aft da parte delle regioni; f: anno iniziale dell'Acn, anche se rinnovato tardivamente (per esempio, quello del 2019 nel 2024).

Acn: accordo collettivo nazionale; Mmg: medico di medicina generale; Utap: unità territoriali di assistenza primaria; Aft: aggregazioni funzionali territoriali tra medici di assistenza primaria; Uccp: unità complesse di cure primarie composte da medici di assistenza primaria, specialisti e altri professionisti sanitari (infermieri, riabilitatori etc.).

siva riduzione delle ore dovute rispetto al numero di scelte. Per esempio, un medico con 401-1.000 assistiti dovrà prestare al distretto 24 ore alla settimana, mentre un medico con 1.201-1.500 assistiti solo 6 ore alla settimana (art. 38). Le scelte degli assistiti continueranno a essere remunerate a quota capitaria, mentre le ore prestate a 24,25 euro/ora.

4.4. L'APERTURA DEGLI AMBULATORI

L'ambulatorio del Mmg deve essere aperto 5 giorni alla settimana, normalmente da lunedì a venerdì. Dal 1978 fino all'accordo nazionale del 2005 i medici erano liberi di fissare a propria discrezione gli orari giornalieri, in rapporto al carico di assistiti (tabella 2). Nell'accordo del 2005 si fissarono per la prima volta delle soglie minime: 5 ore settimanali fino a 500 assistiti, 10 ore da 500 a 1.000 assistiti e 15 ore da 1.000 a 1.500 assistiti, con almeno due fasce pomeridiane o mattutine. Un medico con 1.500 assistiti deve quindi garantire l'apertura per almeno 3 ore al giorno. Nella medicina di gruppo, in rete o in associazione semplice i medici devono coordinarsi per garantire l'apertura degli studi per almeno 6 ore al giorno globalmente, con almeno un ambulatorio aperto fino alle 19:00. Uno studio campionario su 731 studi medici in 9 distretti di 3 regioni settentrionali ha rilevato un orario di apertura medio (ufficiale) di 17,3 ore settimanali (3,5 h/giorno; Garattini et al, 2016). Oltre agli orari

ufficiali va aggiunto il tempo per le visite domiciliari, i colloqui telefonici con i pazienti, la reportistica per l'Asl e altre incombenze, per cui l'orario effettivo è sicuramente maggiore. Tuttavia il tempo di apertura è molto inferiore a quello dei colleghi europei (≥ 40 ore alla settimana; paragrafo 6) ed è sintomatico che non esistano rilevazioni o statistiche ufficiali a questo riguardo. Dal 2025 l'impegno lavorativo dei nuovi medici sarà di 38 ore alla settimana.

La guardia medica notturna inizia alle 20:00 e termina alle 8:00 e quella festiva è attiva dalle 10:00 del sabato (o prefestivo) alle 8:00 del lunedì (o postfestivo). Gli orari di apertura degli specialisti ambulatoriali interni sono fissati dall'Azienda sanitaria, per un massimo di 38 ore settimanali.

C'è un'evidente discrasia tra il dettato di legge e gli accordi contrattuali sottoscritti. L'apertura degli studi medici solo per 5 giorni alla settimana e per 6 ore al giorno disattende, infatti, la norma del d.lgs. 229/1999 (art. 8.1.e) e del d.l. 158/2012, che prevede "l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana".

5. I numeri dell'assistenza primaria

Il numero di medici di assistenza primaria ha avuto una forte crescita tra il periodo mutualistico (circa 30.000 negli anni cinquanta) e il consolidamento del

Ssn (oltre 60.000 negli anni novanta), per iniziare poi una graduale e lenta decrescita, fino alla crisi dei nostri giorni (44.500 nel 2023) (tabelle 3 e 4). Nel 1956 erano attivi 31.299 medici generici per 20,1 milioni di assicurati Inam (1 Mg ogni 642 assistiti); allora la convenzione poteva essere compatibile con altri incarichi (per esempio, medico ospedaliero a tempo parziale). In effetti il 33% dei Mg aveva in carico meno di 200 assistiti e il 50% meno di 500 assistiti (Bilancio consuntivo dell'Inam 1960); allo stesso tempo, il 12% dei medici era titolare di oltre 1.500 scelte. Il numero di assistiti per medico è sempre rimasto relativamente basso per l'Inam: da 642 nel 1956 a 746 nel 1977. Prevalevano i medici remunerati a notula (52% nel 1959), rispetto a quelli a quota capitaria (25%) o con sistemi misti (23%) (tabella 3). Nel 1977, ultimo anno, la quota capitaria era divenuta la principale forma di remunerazione (57%), anche se la notula riguardava ancora il 42% dei medici. La remunerazione a notula incentivava la moltiplicazione delle visite, attraverso due meccanismi di reazione: da un lato, i medici reagivano alle basse tariffe, imposte dal forte potere monopsonistico dell'Ente, aumentando il numero di visite; dall'altro, i numerosi medici con pochi assistiti moltiplicavano le prestazioni per perseguire un decoroso livello di reddito. Una visita ambulatoriale, nel 1973, era remunerata, infatti, solo 700 lire e una visita domiciliare 1.400 lire²⁷ (art. 37 Convenzione 1973-75). Di conseguenza, il numero medio di visite per assistito è andato costantemente crescendo dai primi anni cinquanta agli anni settanta: se nel 1954 era di 5,0, nel 1977 era più che raddoppiato a 11,6 visite/assistito (tabella 3). L'altro fenomeno è illustrato da una tabella, pubblicata una sola volta: nel 1972 i medici con soli 25 assistiti erogavano 26 visite all'anno per assistito (e 44 prescrizioni farmaceutiche), mentre quelli con oltre 2.000 scelte solo 9 visite (e 14 prescrizioni farmaceutiche), chiaro segnale di induzione della domanda (Annuario statistico dell'Inam, 1972-73). Grazie alla tariffa superiore, le visite domiciliari erano abbastanza frequenti (2,4 domiciliari e 8,9 ambulatoriali nel 1973).

La spesa per la medicina generica è andata crescendo dal 10% del totale²⁸ negli anni quaranta fino al massimo del 19% degli anni cinquanta, per poi gradualmente scendere al 16% negli anni sessanta e all'11% alla chiusura dell'Ente (tabella 3). Prima delle grandi innovazioni tecnologiche degli anni settanta - la Tac, la Pet, la Rm -, l'assistenza medico-generica e farmaceutica assorbivano fino al 50% della spesa

totale Inam (anni 1960-62). La spesa ospedaliera era solo il 27% del totale e la sua ascesa al 40% avvenne a seguito della riforma ospedaliera (l. 132/1968), che aveva approvato un nuovo metodo di calcolo della retta di degenza.

Con l'avvio del Ssn nel 1980 le informazioni statistiche sull'assistenza primaria sono divenute molto scarse e incomplete. La serie storica 1980-2023 è illustrata nella tabella 4. La fonte dei dati sono i flussi informativi del Ministero della salute, a cui si è aggiunta dal 2016 la rilevazione della Sisac riguardante anche gli altri tipi di convenzioni. Per gli anni mancanti (1994 e 1996) si è fatta un'interpolazione con i valori medi dell'intervallo, mentre per le risposte incomplete delle Usl/Asl (fino al 1993, comprese tra 80% e 99%) il dato ministeriale è stato riproporzionato a 100%.

Con la creazione del Ssn, il numero dei Mmg si è fortemente incrementato, da 40.994 dell'Inam nel 1977, fino a 60.384 unità nel 1985, rimanendo stabile su valori elevati fino al 1990 (tabella 4). Da allora è iniziata una lenta, ma progressiva riduzione: 47.148 nel 2000, 45.878 nel 2010 e 37.860 nel 2023. Il numero medio di assistiti per Mmg si è quindi incrementato dai soli 908 ai 1.301 di oggi²⁹. Viceversa, il numero dei pediatri è costantemente aumentato da 3.110 nel 1984 a 7.155 nel 2000, a 7.590 nel 2017 per flettere leggermente nell'ultimo biennio (6.681 nel 2023). Nell'insieme, il numero dei medici e pediatri di base è diminuito da circa 64.000 negli anni ottanta ai 44.500 di oggi, facendo aumentare il carico assistenziale da circa 900 a 1.325 pazienti/medico. I Mca (guardia medica) sono scesi da circa 19.500 a 11.400 unità. Secondo la Sisac, tuttavia, il numero di Mca sarebbe molto superiore, toccando nel 2023 le 19.700 unità.

Nel 2022 il 48% dei Mmg era massimalista (più di 1.500 assistiti), rispetto al 21% nel 1988. Il numero più elevato di scelte si registra nelle Pa di Bolzano (1.559), in Lombardia (1.481) e Veneto (1.457), mentre quello più basso in Molise (1.089), Sicilia (1.099), Umbria (1.120) e Basilicata (1.134). All'estremo opposto, il 7,2% dei Mmg ha meno di 500 assistiti. I medici in esercizio sono in prevalenza maschi (60,2%) e molto anziani (il 72,5% ha oltre 27 anni di anzianità di laurea); solo il 12,2% ha meno di 13 anni di laurea.

A livello nazionale nel 2022 il 69,2% dei Mmg (27.248 su un totale di 39.366 Mmg; tabella 4) opera in qualche forma associata, anche semplice, con punte massime dell'87% in Veneto, dell'84% a Trento

²⁷ Rispettivamente 790 lire e 1.590 lire se l'anzianità di laurea del medico superava i 20 anni. Alla quota base si sommarono altre indennità, per cui il costo medio di una visita risultava di 1.235 lire.

²⁸ Escluse le spese di amministrazione dell'Ente, riguardanti anche l'erogazione delle indennità di malattia.

²⁹ Nella tabella 4 il numero di scelte per medico si riferisce al numero di assistiti per i quali è pagato, mentre il numero totale di assistiti al dato effettivo degli abitanti diviso per la somma dei Mmg e Pls. I Mmg possono infatti avere in carico anche assistiti in età pediatrica.

Tabella 3. Numero di medici generici convenzionati con l'Inam. Anni 1943-1977.

Anno	Medici generici (n.)				Assistiti		N. visite a notula per assistito ¹	Spesa per medicina generica		
	a notula	a quota capitaria	a sistemi misti	totale	totale	per Mg		milioni di lire	per assistito (lire)	in % su spesa prestaz. ²
1943	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1944	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1945	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1946	...	...	...	...	13.245.045	...	0,97	916,7	69	10,7
1947	...	...	...	...	14.227.699	...	1,37	2.548,2	179	10,0
1948	...	...	...	...	14.248.588	...	1,83	5.093,1	357	10,5
1949	...	...	...	...	14.015.263	...	2,06	7.234,9	516	14,1
1950	...	...	...	...	13.881.203	...	2,20	7.620,9	549	14,5
1951	...	...	...	...	14.282.138	...	4,27	10.744,2	752	15,9
1952	...	...	...	...	15.293.930	...	4,29	13.095,2	856	16,2
1953	...	...	...	...	16.586.722	...	4,69	16.977,5	1.024	17,6
1954	...	...	...	...	17.060.156	...	5,00	19.848,2	1.163	18,7
1955	...	...	...	...	16.887.638	...	5,49	23.632,6	1.399	19,7
1956	...	...	...	31.299	20.103.092	642	5,13	31.314,5	1.558	19,4
1957	...	...	...	31.682	21.038.133	664	5,48	38.160,6	1.814	19,5
1958	...	...	...	31.954	21.568.221	675	6,23	35.743,9	1.657	18,0
1959	16.985	8.233	7.662	32.880	22.532.819	685	6,58	43.677,0	1.938	18,6
1960	18.782	8.577	9.705	37.064	23.747.764	641	7,32	55.695,8	2.345	18,8
1961	19.014	8.332	10.512	37.858	24.544.825	648	7,74	62.301,2	2.538	18,2
1962	20.148	11.024	8.721	39.893	25.444.086	638	7,32	73.724,5	2.898	17,7
1963	20.873	11.953	8.172	40.998	26.327.725	642	7,74	101.366,1	3.850	18,4
1964	21.098	12.510	8.138	41.746	26.494.153	635	8,26	125.401,3	4.733	18,2
1965	20.845	12.716	8.540	42.101	25.869.190	614	8,76	135.378,5	5.233	17,2
1966	21.341	12.930	8.176	42.447	25.884.454	610	6,61	159.842,9	6.175	17,8
1967	15.710	17.839	9.625	43.174	26.627.039	617	9,37	176.531,9	6.630	17,0
1968	15.817	18.866	7.734	42.417	27.322.302	644	9,60	185.868,0	6.803	16,2
1969	15.463	20.400	6.668	42.531	27.887.815	656	10,22	220.319,5	7.900	16,7
1970	14.820	21.583	5.700	42.103	28.537.010	678	10,73	272.898,6	9.563	16,5
1971	14.094	20.790	6.203	41.087	28.359.946	690	10,95	296.094,7	10.441	15,4
1972	16.575	20.647	1.784	39.006	27.628.294	708	11,37	309.432,7	11.200	14,4
1973	16.620	20.455	1.354	38.429	29.546.207	769	11,40	371.054,1	12.558	14,9
1974	16.838	20.804	732	38.374	30.398.661	792	11,14	389.205,1	12.803	11,2
1975	17.364	21.556	586	39.506	30.513.796	772	11,45	450.872,9	14.776	11,7
1976	17.851	22.357	305	40.513	30.558.411	754	12,06	488.477,0	15.985	13,1
1977	17.386	23.307	301	40.994	30.596.458	746	11,64	510.085,8	16.671	11,8
1978	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1979	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fonte: *Annuario statistico e Bilancio consuntivo dell'Inam*, vari anni.

Note ...: dati non rilevati; 1: dal 1946 al 1950 sono comprese anche le visite dei Mg a quota capitaria; 2: escluse le spese amministrative.

e in Friuli, dell'83% in Emilia-Romagna e minime del 26% in Molise, del 29% in Calabria e del 46% in Sardegna. Quasi un terzo dei medici continua quindi a operare in forma singola. La percentuale dei pediatri è simile (67,5%). I dati sono disponibili dal 2007, ma non sono suddivisi per i tre tipi di associazione previsti dall'Acn.

6. I tre modelli di assistenza primaria in Europa

L'assistenza primaria in Europa è organizzata secondo forme che risentono del portato storico, culturale e sociale di ogni paese. Dalla varietà delle forme nazionali si possono enucleare tre principa-

Tabella 4. Numero di medici di assistenza primaria convenzionati con il Ssn. Anni 1980-2023 (all'1 gennaio).¹

Anno	Mmg (A)	Pls (B)	Totale Mmg e Pls (A+B)	Mmg in associazione		N. scelte ²			Guardia medica (Continuità assistenziale)		Totale medici di Assistenza primaria (A+B+C)	Medicina dei servizi ⁴	Emergenza sanitaria territoriale ⁴	Spesa per medicina generica ⁵		
				n.	%	per Mmg	per Pls	totale abitanti/medico ³	punti	medici (C)				milioni euro	per abitante (euro)	in % su spesa prestaz. ⁵
1980 ⁶	62.500	1.500	64.000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	603	10,70	6,9
1981	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	613	10,85	5,6
1982	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1.129	19,97	8,4
1983	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1.278	22,60	8,0
1984	59.209	3.110	62.318	...	...	908	494	908	3.893	18.958	81.276	...	...	1.342	23,72	7,6
1985	60.384	3.576	63.960	...	...	892	501	885	3.062	19.402	83.362	...	...	1.449	25,60	7,2
1986	59.281	4.085	63.365	...	...	895	419	893	3.099	19.577	82.942	...	...	1.470	25,97	6,8
1987	59.725	4.726	64.452	...	...	911	460	878	3.195	20.184	84.636	...	...	1.893	33,45	7,3
1988	58.644	4.985	63.629	...	...	857	n.p.	890	3.019	15.299	78.928	...	...	2.158	38,13	7,3
1989	57.009	6.374	63.383	...	...	873	n.p.	894	3.127	16.900	80.283	...	...	2.157	38,07	6,7
1990	57.997	6.314	64.310	...	...	888	n.p.	882	3.224	17.237	81.547	...	...	2.673	47,15	6,9
1991	53.988	6.514	60.502	...	...	940	n.p.	938	2.372	17.879	78.381	...	...	2.546	44,87	5,8
1992	51.810	6.328	58.138	...	...	1.039	571	977	3.366	18.008	76.146	...	...	2.805	49,41	6,2
1993	50.891	6.269	57.160	...	...	943	n.p.	994	3.203	17.074	74.234	...	...	2.800	49,28	6,2
1994	49.233	6.003	55.236	...	...	n.d.	n.d.	1.029	2.927	15.174	70.410	...	...	2.866	50,42	6,4
1995	47.574	5.737	53.312	...	...	1.078	647	1.066	2.651	13.273	66.585	...	...	2.855	50,22	6,3
1996	48.929	6.601	55.531	...	...	n.d.	n.d.	1.024	3.084	16.216	71.747	...	...	3.161	55,61	6,5
1997	49.678	6.971	56.650	...	...	1.086	685	1.004	3.176	16.084	72.733	...	...	3.436	60,41	6,5
1998	50.095	7.346	57.441	...	...	1.088	720	991	3.216	17.195	74.636	...	...	3.485	61,24	6,3
1999	48.241	7.223	55.463	...	...	1.089	748	1.026	3.076	15.334	70.798	...	...	3.735	65,63	6,5
2000	47.148	7.155	54.303	...	...	1.092	765	1.048	3.066	14.501	68.804	...	...	4.019	70,60	6,2
2001	47.027	7.199	54.226	...	...	1.097	783	1.051	2.975	13.709	67.935	...	...	4.505	79,04	6,3
2002	46.907	7.257	54.164	...	...	1.100	794	1.052	3.016	14.322	68.486	...	...	4.613	80,94	6,1
2003	47.111	7.358	54.469	...	...	1.099	805	1.050	3.050	14.383	68.852	...	...	4.795	83,85	6,2
2004	47.061	7.416	54.477	...	...	1.107	805	1.058	2.896	13.264	67.741	...	...	5.020	87,13	5,9
2005	47.022	7.459	54.481	...	...	1.106	816	1.065	2.996	13.532	68.013	...	...	6.453	111,17	7,1
2006	46.478	7.526	54.004	...	...	1.119	820	1.079	3.019	13.304	67.308	...	...	5.930	101,73	6,1

(Segue)

Segue Tabella 4.

Anno	Mmg (A)	Pls (B)	Totale Mmg e Pls (A+B)	Mmg in associazione		N. scelte ²			Guardia medica (Continuità assistenziale)		Totale medici di Assistenza primaria (A+B+C)	Medicina dei servizi ⁴	Emergenza sanitaria territoriale ⁴	Spesa per medicina generica ⁵		
				n.	%	per Mmg	per Pls	totale abitanti/medico ³	punti	medici (C)				milioni euro	per abitante (euro)	in % su spesa prestaz. ⁵
2007	46.961	7.657	54.618	27.427	58,4	1.114	827	1.071	3.042	13.109	67.727	...	...	6.076	103,84	6,3
2008	46.510	7.649	54.159	30.092	64,7	1.124	841	1.089	2.984	13.040	67.199	...	...	6.079	103,03	5,9
2009	46.209	7.695	53.904	30.245	65,5	1.134	857	1.102	2.954	12.359	66.263	...	...	6.949	116,95	6,7
2010	45.878	7.718	53.596	30.692	66,9	1.147	864	1.114	2.925	12.104	65.700	...	...	6.984	117,00	6,6
2011	46.061	7.716	53.777	30.662	66,6	1.143	870	1.115	2.881	11.921	65.698	...	...	6.724	112,16	6,4
2012	45.437	7.656	53.093	31.926	70,3	1.156	879	1.132	2.893	12.027	65.120	...	...	6.710	111,64	6,5
2013	45.203	7.705	52.908	31.948	70,7	1.160	890	1.139	2.890	11.533	64.441	...	...	6.666	110,59	6,5
2014	44.937	7.722	52.652	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	1.146	2.920	11.710	64.369	...	...	6.663	110,41	6,4
2015	44.655	7.739	52.320	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	1.152	2.950	11.887	64.281	...	...	6.654	110,36	6,4
2016	44.270	7.656	51.926	31.014	70,1	1.189	889	1.159	2.981	12.064	63.990	1.810	2.923	6.690	111,20	6,4
2017	43.731	7.590	51.321	30.850	70,5	1.194	883	1.170	3.063	11.688	63.009	1.719	3.039	6.672	111,08	6,4
2018	42.987	7.499	50.486	29.685	69,1	1.212	883	1.187	3.006	11.837	62.323	1.670	3.037	6.818	113,75	6,4
2019	42.428	7.408	49.836	28.944	68,2	1.224	884	1.200	2.990	11.512	61.348	1.569	2.962	6.656	111,27	6,1
2020	41.707	7.285	48.992	28.497	68,3	1.238	883	1.217	2.930	11.404	60.396	1.462	2.994	7.403	124,13	6,4
2021	40.250	7.022	47.272	27.150	67,5	1.260	890	1.253	2.958	10.344	57.616	1.439	2.952	7.125	120,28	5,9
2022	39.366	6.962	46.328	27.248	69,2	1.301	891	1.274	2.831	10.671	56.999	1.322	2.684	6.952	117,77	5,6
2023 ⁴	37.860	6.681	44.541	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.325	n.d.	19.713	64.254 ⁴	1.035	2.362	6.759	114,56	5,5

Fonte: Ministero della sanità/salute, *Annuario statistico del Ssn*, vari anni; Sisac per medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale e per Mmg e Pls 2022. Istat, *I conti della protezione sociale* per la spesa medico generica. Istat, *Popolazione residente* per gli abitanti.

Note ...: dato non rilevato; n.p.: dato non pubblicato; n.d.: dato non disponibile; 1: i dati degli anni 1991, 1993, 1994, 1996 e, solo per i Pls, 2014, 2015 sono stati interpolati, perché non pubblicati o non disponibili. Inoltre i dati dal 1984 al 1999 sono stati riportati a 100, perché la rilevazione delle Usl/Asl era incompleta (tra 80-99%). I dati corretti sono in corsivo; 2: n. scelte relative ai medici pagati; 3: abitanti all'1 gennaio per medico di assistenza primaria; 4: fonte Sisac. Il dato dei medici di continuità assistenziale è sistematicamente superiore a quello del Ministero della salute; 5: fonte Istat. Escluse le spese amministrative; 6: fonte Ministero della sanità, *Rapporto Sanità*, 1980.

li modelli di organizzazione: 1. la medicina liberale, che consente (consentiva) l'accesso diretto agli specialisti, senza l'obbligo di prescrizione di un medico di primo contatto (per esempio, Francia, Germania); 2. la libera professione convenzionata con il servizio pubblico, con obbligo per gli assistiti di iscrizione nella lista di un medico di fiducia (*registration*) e di prescrizione (*referral* o *gatekeeping*) per l'accesso ai servizi specialistici (Regno Unito, Italia); 3. la dipendenza dei medici di base da un ente pubblico (ente locale, servizio sanitario), con o senza obbligo per gli assistiti di iscrizione in una lista (Finlandia, Spagna) (Reibling e Wendt, 2012; European observatory on health systems and policies, 2015).

I paesi dell'Ue con il sistema della medicina liberale, che garantisce la massima libertà di accesso sia ai medici generalisti che agli specialisti, sono la Francia, la Germania, il Belgio, la Svizzera. La Francia da sempre ha un sistema di *médecine libérale*, per cui gli assistiti hanno accesso diretto sia ai medici generalisti, a cui pagano la visita (26,50 euro)³⁰, che agli specialisti (31,50 euro), venendo poi rimborsati dall'assicurazione malattia. Dal 2006, tuttavia, la l. 810/2004 ha introdotto incentivi per la scelta di un medico di fiducia (*médecin traitant*)³¹, per "orientare le decisioni dei pazienti e seguirli nel loro percorso di cura (*parcours de soins coordonnés*)". Gli assistiti maggiori di 16 anni³² che hanno optato per il *traitant* ricevono un rimborso del 70%³³, mentre è solo del 30% in caso contrario. Si stima che il 90% della popolazione adulta abbia dichiarato un medico di fiducia. Il numero medio di pazienti per medico convenzionato è di 1.623 nel 2022³⁴ e il numero medio di visite per assistito è di sole 2,8 all'anno, per effetto del sistema a rimborso. I *médecins traitants* in Francia sono molto numerosi, non essendovi l'esclusività del rapporto con l'assicurazione sanitaria: nel 2022 sono 81.002, di cui la maggioranza sono *libéraux* (57.033)³⁵ o misti (8.437 liberali e *salariés*). Un numero ridotto di *généralistes salariés* lavora nei centri sanitari (15.532; v. paragrafo 7) (Drees, 2021). Secondo una recente inchiesta (Drees, 2022), il 39% dei medici generalisti esercita da solo e il 61% in gruppo, di cui il 32% in

gruppi di soli generalisti e il 29% in gruppi con altri *paramédicaux*. Per i *médecins traitants* non vi è l'obbligo di un orario di apertura dell'ambulatorio³⁶. In media i medici generalisti soli lavorano 55 ore settimanali, più dei medici in gruppo (50 ore) e di quelli in gruppo pluriprofessionale (53 ore) (Drees, 2022). Di notte e nei giorni festivi opera la guardia medica, un servizio organizzato su base volontaria e pagato a tariffa³⁷, che può essere prestato da un'organizzazione (Sos Médecins), dalle *Maisons médicales de garde* o dai singoli *médecins de garde*. Quasi tutti i medici generalisti francesi sono remunerati a tariffa professionale (88%), pagata direttamente dai pazienti; il 4% a quota capitaria e l'8% in base alle performance e alla continuità dell'assistenza (Cassou et al, 2020). In Francia, come in altri paesi europei, il numero dei medici generalisti è in diminuzione: tra il 2012 e il 2021 il loro numero è sceso del 4% (Hcaam, 2022).

In Germania, anche se vi è libertà di accesso allo specialista e ai professionisti sanitari, il medico di base è comunque il primo punto di contatto, perché il rimborso delle prestazioni specialistiche non può avvenire senza la prescrizione di un Mg (Blümel et al, 2020, p. 150).

Nella maggioranza degli altri paesi vi è l'obbligo di registrazione nella lista del medico e di *referral* per i servizi specialistici, ma l'organizzazione delle cure segue due modelli: quello del medico libero-professionista convenzionato o quello del dipendente dal servizio pubblico. Il modello libero-professionista di riferimento è quello inglese, ma è presente anche in Austria, Danimarca, Norvegia³⁸, Italia, Paesi Bassi. Nel Nhs inglese i pazienti accedono direttamente e gratuitamente ai *general practitioner* (Gp), che operano di norma in gruppo in una *practice*; sono rari i medici con studio singolo. La *practice* è considerata una piccola impresa (*small business*) di proprietà di uno o più titolari (*partner*), liberi professionisti (*self-employed*) che svolgono sia attività clinica che gestionale, alle cui dipendenze lavorano diversi (giovani) medici come *salaried* per 40 ore settimanali³⁹. Possono essere presenti medici in formazione specialistica (*registrars*), che lavorano anch'essi per 40 ore settimanali e sono remunerati. La *practice* abitualmente è aperta dalle 8:00 alle 17:30 e il lavoro dei medici si svolge in genere su 4 giorni lavorativi. Dalle 18:30 alle 8:00 e nei week-end è attivo

³⁰ Per i medici convenzionati con le assicurazioni malattia (94%); i non convenzionati possono applicare tariffe maggiori, ma l'assicurazione riconosce solo 26,50 euro. Le visite in teleconsulto costano 25 euro.

³¹ Medico generalista, nel 99% dei casi, o specialista.

³² Per i minori non vi è l'obbligo, ma la famiglia può scegliere un medico di fiducia.

³³ Rimangono a carico degli assistiti, 8,95 euro più 1 euro di *ticket modérateur*, che per il 95% degli assistiti sono comunque rimborsati da una *mutuelle complémentaire*.

³⁴ <https://www.ameli.fr/assure>.

³⁵ Questo è il numero più pertinente per i confronti internazionali. Di questi 41.139 sono convenzionati a tempo pieno (*Actifs à part entière-Ape*).

³⁶ Comunicazione personale di M. Cassou dell'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) di Parigi.

³⁷ Da 71 euro a 81,50 euro di notte, secondo la fascia oraria, e 55 euro il sabato e la domenica, rimborsate 17,50 euro dalla *Sécurité Sociale*.

³⁸ I medici di base possono essere anche dipendenti delle municipalità, ma sono una minoranza.

³⁹ <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practitioner>.

l'*out-of-hours service*, gestito dal Nhs. I medici possono lavorare anche part-time e il loro numero è in crescita. L'orario contrattuale è di 37,5 ore alla settimana e da un'indagine del 2004 risulta che i medici maschi *full time*⁴⁰ lavorano per una media di 49,6 ore alla settimana e le donne per 43,2 ore (Gravelle e Hole, 2007). I pazienti sono iscritti nella lista della *practice*, non del singolo generalista, e accedono gratuitamente ai servizi di base disponibili. Nel 2023 la dimensione media di una *practice* in Inghilterra è di 8.974 assistiti⁴¹ (ma può arrivare anche fino a 20.000), dimensione in crescita negli ultimi anni a seguito di chiusure e fusioni. In una *practice* in media sono presenti 5,9 Gp⁴² (di cui 2,6 partner), 2,7 infermieri, 2,7 altri professionisti sanitari (assistenti sanitari, fisioterapisti, farmacisti), 12,0 amministrativi e manager per un totale di 23,3 unità di personale (146.799 in totale; nostre elaborazioni su Nhs Digital, 2024). Per ogni Gp ci sono in media 2,9 altri addetti a supporto. In Inghilterra i Gp sono 37.318 (al 1.1.2023) e il numero medio di assistiti è di 1.518. I *fully qualified* Gp sono in diminuzione, da 29.364 nel 2015 a 27.302 nel 2023, nonostante la promessa del governo di aumentarli di 5.000 unità⁴³, ma è raddoppiato il numero dei medici in formazione (da 5.027 a 10.116). Un'altra tendenza in atto è la diminuzione del numero dei Gp *partner* e l'aumento dei *salaried* (da 6.860 a 10.065). Nel Nhs inglese non è presente la figura del pediatra di base, perché il Gp si occupa dei pazienti di tutte le età, dai neonati ai pazienti terminali. Nella *practice* non sono presenti medici specialisti, che operano solo negli ospedali verso gli *outpatient*. I Gp, pur essendo liberi professionisti, devono rispondere e sono valutati su indicatori di performance (*Quality and outcomes framework - Qof*)⁴⁴, a cui è legata una parte significativa della loro remunerazione.

Con la riforma sanitaria di David Cameron del 2013 (interamente rifatta da Boris Johnson nel 2022), le *practices* si erano dovute associare in *Clinical commissioning groups* (Ccg) per acquistare dagli erogatori i servizi sanitari per i pazienti di una data area, che poteva variare da 100.000 a oltre un milione di abitanti (erano 106 nel 2021 in Inghilterra). I Ccg gestivano quasi l'intero budget di spesa del Nhs (80 milioni di £ nel 2019-20). Erano *statutory body* del Nhs, retti da un *board* composto da una rappresentanza dei Gp, un infermiere, un professionista sanitario e cittadini eletti (*lay members*). Dall'1 luglio 2022 è entrata in vigore la nuova riforma, che ha sostituito i Ccg con gli *Integrated care systems* (Ics), *statutory bodies* di di-

mensioni regionali (da 500.000 a 3 milioni; in totale sono 42 in Inghilterra e Galles), "che mettono insieme committenti (Gp) e erogatori di servizi del Nhs (*trust e foundation hospitals*), enti locali e altri partner (volontariato, imprese sociali e di comunità, ospedali privati) per pianificare ed erogare collettivamente cura e assistenza in forma integrata, unendo ospedali e servizi di comunità, salute fisica e mentale, assistenza sanitaria e sociale" (British healthcare trades association, 2022; The King's Fund, 2022). È un cambiamento radicale nell'organizzazione del Nhs, avvenuto dopo decenni in cui si era posta l'enfasi sull'autonomia organizzativa, la competizione e la separazione tra *purchasers e providers* (The King's Fund, 2022).

Il modello dei Mmg dipendenti dal servizio pubblico è presente, per lunga tradizione, in alcuni paesi scandinavi (Finlandia, Svezia, Norvegia) e, più di recente, nei paesi iberici (Spagna e Portogallo).

L'assistenza primaria in Finlandia è organizzata fin dagli anni settanta (l. 77/1972) in modo peculiare, attraverso una rete di 665 centri sanitari sparsi in tutto il paese (*terveysasema o local health stations*)⁴⁵, gestiti dai comuni⁴⁶, con Mmg dipendenti, che lavorano in équipe con altri professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali)⁴⁷ (Keskimäki et al, 2019, p. 101). I centri sanitari erogano, oltre all'assistenza primaria, un insieme di servizi di base dentistici, mentali, riabilitativi, per la maternità, le dipendenze, le urgenze diurne e sono aperti di norma dalle 8:00 alle 16:00, da lunedì a venerdì; dopo le 16:00 e durante i week-end per le urgenze è possibile chiamare l'ospedale. Sono dotati delle attrezzature di base per eseguire test di laboratorio, ecg, ecografie, radiografie e dispongono anche di un reparto con letti di osservazione per i casi che non richiedono ricovero (piccoli traumi, infezioni, medicazioni), soprattutto per gli anziani⁴⁸. Le prestazioni dei centri sanitari sono gratuite. Un medico assiste mediamente 1.200 persone, lavora in un centro per circa 40 ore alla settimana, prendendosi cura anche della salute nelle scuole e degli anziani nelle residenze sanitarie. Non sono presenti medici specialisti, che operano negli ospedali, ma possono offrire la loro consulenza⁴⁸. I *general physician* sono remunerati a stipendio, rapportato alla popolazione servita e alle prestazioni offerte. Non è richiesta l'iscrizione nella lista dei medici, perché i residenti

⁴⁰ Il full time è considerato 37,5 ore settimanali.

⁴¹ Anche nel Nhs è presente una sfasatura tra il numero di iscritti nella lista dei Gp e il numero reale di persone.

⁴² Sono inclusi anche i Gp *in training* (n. 9.831).

⁴³ Interrogazione parlamentare 2022-03-22/144878.

⁴⁴ L'adesione al Qof è volontaria, ma di fatto il 96% dei Gp partecipa (nel 2019-20).

⁴⁵ Anche di grandi dimensioni nella capitale Helsinki (<https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/health-care/health-stations>).

⁴⁶ A causa delle carenze di personale, 37 municipalità hanno esternalizzato la gestione a società private.

⁴⁷ Le informazioni sono desunte dai siti Internet di alcuni centri sanitari di Helsinki e Tampere.

⁴⁸ Comunicazione personale di Tiina Laatikainen e Mika Gissler di Thl-Finnish Institute for Health and Welfare.

sono automaticamente assegnati al centro sanitario in base all'indirizzo, pur potendo cambiare. Nel caso di malattie di lunga durata il paziente è assegnato a un team medico-infermiere di riferimento. Per le visite specialistiche è richiesta la prescrizione (*referral*) del *general physician*. I centri sanitari hanno delegato molte funzioni agli infermieri (in media vi è un infermiere ogni 350 abitanti) e usano un sistema di filtri, basato su: 1. valutazione online dei sintomi 24/24 e 7/7, 2. richiesta di un appuntamento online, per telefono o presso il centro; 3. colloquio di persona con un infermiere, che valuta la necessità di visita medica. In un centro sanitario operano in media 63 unità di personale, di cui 7 medici generalisti, 24 infermieri, 25 altri professionisti sanitari e 7 amministrativi⁴⁸. L'assistenza primaria in Finlandia ha un'accezione molto ampia, che include non solo visite e appuntamenti con il medico e l'infermiere per problemi acuti, ma anche molti altri servizi di prevenzione, riabilitazione e piccoli reparti di degenza per la breve durata⁴⁸.

In Svezia l'assistenza primaria viene erogata nei *primary care centres (vårdcentraler)*, di cui oltre la metà sono di proprietà delle regioni (una volta, contee), i medici sono dipendenti (pagati a stipendio) e operano in équipe (tipicamente 4-6 per centro) con infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi (Janlöv et al, 2023, p. 115). I servizi offerti sono l'ambulatorio medico e infermieristico, le vaccinazioni, l'assistenza domiciliare, il trattamento di asma, allergie, Bpco, diabete, malattie mentali, l'assistenza per bambini, adulti e anziani. La struttura può essere fornita di apparecchiature diagnostiche di base, effettuare prelievi ed è aperta cinque giorni alla settimana, abitualmente dalle 8:00 alle 17:00. Per la visita medica i pazienti pagano una compartecipazione, variabile secondo le regioni, di 100 o 200 corone (circa 9-18 euro). In Svezia nel 2022 operavano 1.207 centri sanitari, di cui 650 (54%) di proprietà delle regioni e 557 di società private e cooperative⁴⁹. In media un centro sanitario assiste 8.740 abitanti. Il numero dei centri privati convenzionati è in costante crescita dal 2007, quando fu aperto il primo, in seguito alla legge sulla libertà di scelta dei cittadini. Nel 2007 erano il 26% del totale, mentre oggi sono il 46%; nella regione di Stoccolma la percentuale dei centri privati è del 71%. Oggi si vanno sempre più diffondendo i *digital health care provider* privati, finanziati dal servizio pubblico, che offrono diagnosi e consulenze⁵⁰ e hanno aperto anche ambulatori fisici, con l'intento di integrare il digitale con il fisico (Janlöv et al, 2023 pag. 113).

La Spagna è stata il primo paese europeo a introdurre, dapprima nel 1984⁵¹ e poi nel 1986, una legi-

slazione⁵² e un sistema organizzato di assistenza primaria ispirato alla Dichiarazione di Alma Ata. Ogni *Area de salud* - l'equivalente territoriale delle Asl - è suddivisa in *zonas básicas de salud* (distretti sanitari), responsabili dell'*atención primaria* (Ap), che viene erogata nei *Centros de salud* (Cds) urbani o nei *consultorios locales* nelle aree extraurbane. I centri e i consultori sono strutture di proprietà pubblica. Nelle Comunità autonome valenciana e di Catalogna sono tuttavia presenti anche centri (n. 75) e consultori (n. 169) privati convenzionati, che rappresentano circa il 2% del totale. Un tipico *centro de salud* urbano che serve 20.000-30.000 abitanti è aperto dalle 8:00 alle 15:00 (alle 19:00 o 21:00 in alcune città), da lunedì a venerdì (sabato e domenica in pochi centri di grandi città) e vi operano in équipe 10-15 medici generalisti, 4-5 pediatri, 10-15 infermieri, 1-2 fisioterapisti, l'ostetrica (il dentista, il ginecologo, il geriatra, l'assistente sociale in alcuni), e 5-7 amministrativi⁵³. I centri sono dotati delle attrezzature per la diagnostica di base. Nei Cds operano anche alcuni specialisti ambulatoriali (2,2 per centro). Svolgono attività di cura, prevenzione, riabilitazione, salute pubblica (vaccinazioni, educazione sanitaria), diagnostica di base. Nei piccoli comuni (1.000-3.000 abitanti) i medici di Ap operano invece in piccoli ambulatori (pubblici) dove sono presenti 1-2 medici di famiglia, 1 pediatra, 1 infermiere, 1 amministrativo⁵⁴. In Spagna nel 2022 risultano 3.042 Cds⁵⁵ (1 ogni 10.838 abitanti) e 9.998 *consultorios locales* (1 ogni 1.451 abitanti)⁵⁶, in cui lavorano 36.912 tra medici di famiglia e pediatri e 6.813 altri specialisti (fonte: Ministerio de sanidad). Ogni medico ha in carico 1.290 assistiti in media. L'85% dei medici di cure primarie lavora in gruppo. Gli assistiti si devono registrare nella lista di un medico o di un pediatra di base (per i bambini fino a 14 anni) e di un infermiere. Per accedere ai servizi specialistici è necessaria la prescrizione (*referral*), anche se viene riportato che il 94% di tutti i casi è risolto nei Cds (European observatory on health systems and policies, 2015). In Spagna i medici di assistenza primaria sono dipendenti⁵⁷ del *Sistema nacional de salud* ed equiparati ai medici ospedalieri, pur mantenendo un rapporto fiduciario con i propri assistiti, e sono remunerati a stipendio, con una quota capitaria del

⁵² Ley general de sanidad n. 14/1986 che ha istituito il *Sistema nacional de salud*.

⁵³ Informazioni desunte dai siti Internet dei Cds di Andalusia, Murcia, Madrid, Catalogna.

⁵⁴ Nei piccoli centri l'orario di apertura è sempre di 8 ore, ma spezzato (per esempio, h 10:00-13:30 e 16:00-20:30).

⁵⁵ <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidad-Datos/tablas/tabla16.htm>.

⁵⁶ Medie calcolate sulla popolazione dei comuni con ± 20.000 abitanti.

⁵⁷ Posseggono una specializzazione universitaria di 4 anni in *Medicina familiar y comunitaria*.

⁴⁹ Elaborazioni Ekonomifakta su dati Skl.

⁵⁰ 7% di tutte le visite nel 2020.

⁵¹ *Real decreto n. 137/1984 sobre estructuras básicas de salud*.

10-15% legata a numero ed età degli assistiti (European observatory on health systems and policies, 2015). L'orario di lavoro di un medico di *atención primaria* è di 37,5 ore alla settimana.

Da questa breve panoramica si possono trarre alcune indicazioni utili per il nostro sistema sanitario:

1. nei paesi considerati, la medicina di base è quasi sempre organizzata in gruppo: la quasi totalità in Inghilterra e Finlandia, l'85% in Spagna, il 61% in Francia, in strutture di dimensioni adeguate (*practice, centro de salud, terveysemat*) e in forma multiprofessionale, con la presenza di infermieri, ostetriche, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, assistenti sociali; in Spagna e Finlandia sono presenti anche alcuni medici specialisti (pediatri, dentisti, ginecologi, diabetologi);
2. l'attività medico-sanitaria è adeguatamente supportata da personale amministrativo (segreteria, reception, contabilità), sistemi informatici (prenotazioni online) e reti di telecomunicazione;
3. nei centri si svolgono diverse altre funzioni collaterali di promozione della salute, vaccinazioni, riabilitazione, educazione sanitaria;
4. molte funzioni sono delegate agli infermieri (Inghilterra, Finlandia, Spagna);
5. i centri sono dotati di strumentazione diagnostica e chirurgica di base, in grado di rispondere alle urgenze dei pazienti;
6. gli orari di apertura al pubblico sono continuativi dalle 8:00 alle 15:00/21:00 (Spagna), alle 18:30 (Inghilterra), alle 16:00 (Finlandia); tuttavia, i centri sanitari o gli studi medici non sono aperti di notte, il sabato e la domenica;
7. i medici lavorano nei centri per circa 40 ore alla settimana, siano essi dipendenti (Finlandia, Spagna) o liberi professionisti (Inghilterra, Francia); in Italia l'obbligo contrattuale è di sole 15 ore alla settimana, anche se l'orario effettivo è presumibilmente maggiore;
8. la media dei pazienti in carico nel 2022 è di 1.572 in Inghilterra, 1.623 in Francia, 1.200 in Finlandia, 1.290 in Spagna, rispetto a 1.274 in Italia (compresi i Pls per un confronto omogeneo);
9. le urgenze durante il giorno sono affrontate e risolte, per quanto possibile, all'interno del centro sanitario dall'équipe medico-infermieristica;
10. nei paesi con centri pubblici e medici dipendenti si vanno affiancando e stanno crescendo i centri a gestione privata convenzionata (44% in Svezia, 6% in Finlandia, 2% in Spagna, ma 20% in Catalogna).

7. Le case della salute in alcuni paesi europei e in Italia

Le Cds sono organizzazioni sorte nei primi anni duemila in alcuni paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Italia), fino allora caratterizzate da una

forte presenza di medici generalisti singoli, per dare risposte alla necessità di integrazione e coordinamento delle cure primarie. Hanno le loro radici teoriche nella Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza primaria (1978) e il modello pratico nei centri sanitari dei paesi scandinavi e iberici degli anni settanta e ottanta (v. paragrafo 6).

In Francia le *maisons de santé* sono state introdotte nel 2007 dalla l. 1.786/2007 "per aprire ai liberi professionisti un modo di esercizio collettivo." Le *maisons de santé* sono strutture multiprofessionali⁵⁸ dotate di personalità morale e costituite tra professionisti medici, personale sanitario o farmacisti. I professionisti sanitari che esercitano al loro interno devono elaborare un "progetto di salute attestante il loro esercizio coordinato" e concludere con l'Agenda regionale di salute (assicurazione malattia) "un contratto pluriennale, basato su obiettivi e mezzi, per poter ricevere un sostegno finanziario" (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2024). Nel 2023 erano censite 2.501 *maisons de santé pluriprofessionnelles* (Msp), con l'obiettivo di arrivare a 4.000⁵⁹. In Francia è presente una Msp ogni 30.300 abitanti e in essa operano tipicamente medici generalisti (4,8 per centro), infermieri (9,9), ostetriche (0,5), fisioterapisti, farmacisti (1,1), altri professionisti (0,6) (Cassou et al, 2020). Raramente sono presenti medici specialisti (0,3) o dentisti (0,5), e quasi sempre nei centri urbani di grandi dimensioni. I medici generalisti delle Msp che hanno siglato l'accordo con la Cassa malattia (20% di tutti i Mg) devono garantire l'apertura del centro dalle 8:00 alle 20:00 e dalle 8:00 alle 12:00 il sabato (Uncam, 2017, art. 3). Oltre a queste strutture sono storicamente presenti in Francia, soprattutto in città, anche dei *centres de santé* pluriprofessionali (428 nel 2020, oltre a 1.779 monoprofessionali), nati nel dopoguerra, che sono gestiti da comuni, mutue, congregazioni, associazioni, cooperative, che operano con personale dipendente e svolgono analoghe funzioni.

Molto prima in Belgio, negli anni settanta, movimenti spontanei di medici⁶⁰ avevano enunciato la necessità di offrire cure globali, integrate, accessibili e continue da parte di un'équipe pluridisciplinare e avevano creato le prime *maisons médicales* (Mm). "Una Mm è un centro di salute pluridisciplinare

⁵⁸ Nella terminologia francese e belga si intendono i *paramédicaux* (paramedici), non i medici specialisti.

⁵⁹ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889> e <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>.

⁶⁰ *Groupe d'étude pour une réforme de la médecine* (Germ) creato nel 1964, che ha portato nel 1968 alle prime esperienze di medicina di gruppo.

dove collaborano diversi professionisti della sanità (per esempio, medici generalisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi). È un'“équipe pluridisciplinare che eroga cure di prima linea. L'approccio globale delle Mm implica la presa in carico del paziente nella dimensione fisica, ma anche sociale e psicologica... secondo un approccio di promozione della salute e di integrazione tra cura e prevenzione. La Mm si appoggia sulla partecipazione comunitaria: valorizza le risorse dei residenti e del quartiere”⁶¹. Nel 2023 nel Belgio francofono si contavano 130 Mm con 2.300 professionisti (18 professionisti per centro). Le Mm sono convenzionate con l'assicurazione malattia (Inami), che le finanzia sulla base di un forfait mensile (quota capitaria).

In Germania stanno conoscendo una rapida crescita i Centri di assistenza medica (*Medizinische Versorgungszentren* - Mvz), istituiti con la legge di modernizzazione delle assicurazioni sanitarie del 2003 (Blümel et al, 2020, p. 151). Possono essere creati e gestiti da ospedali (43%) o da medici (47%), oltre che da altre istituzioni. Nel 2023 i Mvz sono 4.574 e vi lavorano, come dipendenti (94%) o liberi professionisti, 28.578 medici e psicoterapeuti. Solo 4.794 sono medici di famiglia, 22.654 sono specialisti e 1.130 psicoterapisti⁶². In Germania è presente un Mvz ogni 18.500 abitanti e in un Mvz operano in media 6,2 medici. Nel 2011 i Mvz erano 1.814 e in un decennio sono più che raddoppiati. Centri simili erano presenti nella Ddr (*Polikliniken*), dove lavoravano insieme medici generalisti e specialisti, psicoterapeuti, ma furono aboliti con la riunificazione delle due Germanie.

In Italia la prima sperimentazione delle Cds è stata proposta dalla ministra Livia Turco con il d.m. Salute 10 luglio 2007, che indicava la Cds come “struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie” e ne descriveva le caratteristiche strutturali e organizzative. Secondo il decreto, sono strutture polivalenti che erogano le cure primarie, in cui hanno sede i Mmg, i Mca, i Met, le principali branche specialistiche, gli infermieri, i tecnici di riabilitazione e di prevenzione, gli amministrativi, il laboratorio analisi, la radiologia, l'ambulatorio per le piccole urgenze, il centro unico di prenotazione (Cup), lo sportello unico di accesso e devono essere aperte 24/24 h e 7/7 giorni, oltre a svolgere numerose altre funzioni. Nella Cds dovrebbero trovare posto gli studi dei Mmg ed “essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i Mca”. Tuttavia, “gli studi di Mmg che per ragioni di opportunità non possono trovare allocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un ido-

neo sistema a rete...” (p. 3). Questa formulazione (e la successiva, identica, del d.m. 77/2022), insieme al non-obbligo contrattuale per i Mmg di operare in esse (v. paragrafo 4.3.), hanno minato fin dagli inizi uno dei pilastri del modello: la presenza determinante dei medici di base. Per esempio, in Emilia-Romagna nel 2018 solo il 37% dei Mmg del bacino di utenza opera all'interno delle Cds (Regione Emilia-Romagna, 2020) e in Toscana nel 2021 solo il 15,1%, dato peraltro in diminuzione (Ars Toscana, 2021).

L'adesione alla sperimentazione delle Cds è stata discrezionale da parte delle regioni, che hanno regolato la materia con proprie leggi e con modalità diverse. Secondo una recente ricognizione (Camera dei deputati, 2021), le Cds sono 493 e sono attive in 13 regioni (anche con altre denominazioni)⁶³: 124 in Emilia-Romagna, 76 in Toscana, 71 in Piemonte, 55 in Sicilia, 6 in Molise, 4 in Liguria, 1 in Basilicata, nessuna in Lombardia, Trentino A.A, Friuli V.G., Abruzzo, Campania (tabella 5). La loro istituzione è avvenuta nel 2010 in Emilia-Romagna, nel 2015 in Toscana e Sicilia, nel 2016 in Piemonte e nel 2017 in Lazio. Tuttavia il loro vero numero risulterebbe inferiore (449), in quanto andrebbero escluse 77 Medichine di gruppo integrate (Mgi) del Veneto, non aventi le caratteristiche previste (vedi *infra*), e aggiunti i 29 Presidi territoriali di assistenza (Pta) della Puglia e i 4 dell'Abruzzo. Da una verifica in internet (Google maps) risulta inoltre che numerose Cds non sono ancora state attivate (edifici ancora da ristrutturare) o sono ex poliambulatori⁶⁴ o ex presidi ospedalieri a cui è stata cambiata l'insegna (non sempre). Allo stato attuale risulta presente una Cds ogni 132.000 abitanti. Le Cds sono di diverse dimensioni e complessità; in qualche regione si distingue tra bassa e medio-alta intensità assistenziale, a cui corrisponde un diverso bacino di utenza che, per esempio in Emilia-Romagna, varia da 15.000 a 30.000 e oltre residenti (di fatto è presente una Cds ogni 36.000 abitanti), in Piemonte è fissato a 30.000 abitanti, in Puglia da 5.000 a 15.000 a 30.000 abitanti; Toscana e Lazio non fissano criteri dimensionali. Anche la tipologia di progettazione e la dimensione degli spazi è diversa secondo la complessità (per esempio, d.g.r. 48/2010 Emilia-Romagna).

Da un'indagine campionaria su 121 Cds localizzate in 10 regioni (Crea Sanità, 2020) risulta che il bacino di utenza varia da 10.000 a 50.000 abitanti (e oltre nelle grandi città), che il 41% è aperto il sabato e il 22% anche la domenica. Solo il 10% è aperto 24 ore al giorno e, all'opposto, il 53% per meno di 12 ore al giorno. Gli studi dei Mmg sono presenti in quasi tutte le Cds (86%), ma il numero di medici è esiguo e tipi-

⁶¹ <https://www.maisonmedicale.org/>.

⁶² Fonte: Kbv Statistische Informationen 2024 https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf

⁶³ Presidi territoriali di assistenza o assistenziali (Pta) in Sicilia, Puglia e Abruzzo.

⁶⁴ Nel 1978 l'Inam disponeva di 857 poliambulatori su tutto il territorio nazionale.

camente compreso tra 5-9 per struttura (1-2 gruppi di Mmg). Anche gli ambulatori infermieristici sono diffusi nel 95% delle strutture, ma le ore di apertura settimanale sono inferiori a 24 nella metà delle Cds o comprese tra 25-48 ore nel 32% dei casi. La dotazione di infermieri è superiore alle 15 unità per struttura nel 40% dei casi, ma anche inferiore a 4 nel 44% degli altri casi. I medici specialisti più presenti sono il cardiologo (77% delle Cds), l'oculista (69%), il dermatologo (66%), il diabetologo (50%), lo pneumologo (44%), il ginecologo (39%). Nella maggioranza dei casi i servizi specialistici non sono aperti il sabato, la domenica e la sera. Le attrezzature diagnostiche più presenti sono l'elettrocardiografo (56%), l'ecografo (55%), il radiografo (50%), lo spirometro (35%). La possibilità di accesso per questi servizi di sabato e domenica è molto rara. I più diffusi sono: il punto prelievi (nel 95% delle Cds), le vaccinazioni (59%), il consultorio familiare (58%) e la salute della donna (31%), l'assistenza domiciliare (53%), la riabilitazione (45%), la chirurgia ambulatoriale (45%), gli screening (43%), la salute mentale (39%), la distribuzione protesi (28%), il centro dialisi (20%), il centro diurno disabilità (14%). Il punto di emergenza/urgenza è presente nel 54% delle Cds, per molte ore settimanali (>24 h nell'81% dei centri).

Il Veneto si differenzia dal modello delle Cds per avere implementato, attraverso un accordo regionale con i sindacati medici, la Medicina di gruppo integrata (d.g.r. 751/2015), le cui caratteristiche salienti sono: 1. esercizio dell'attività in gruppi di almeno 4 medici, presso la sede centrale e il proprio studio, 2. apertura dell'ambulatorio centrale dalle 8:00 alle 20:00 da lunedì a venerdì, e dalle 8:00 alle 10:00 il sabato e i prefestivi, con presenza di Mmg a turno⁶⁵; 3. presenza, negli stessi orari, di infermieri e personale di segreteria, pagati dalla regione; 4. accesso alla sede centrale per le urgenze non differibili, con triage infermieristico e medico (codici bianchi); 5. messa a disposizione di attrezzature diagnostiche di base, materiali di medicazione e farmaci da parte dell'Ausl; 6. possibilità di operare in locali pubblici, dietro pagamento di un canone di affitto; 7. incentivazione economica a fronte degli obiettivi da raggiungere (per esempio, presa in carico dei malati cronici, prevenzione). Nelle sedi della Mgi in Veneto non sono presenti medici specialisti, mentre un ruolo chiave è svolto dagli infermieri: tecnicamente sono delle Aft. I medici della Mgi sono il 23,1% del totale regionale e i medici in gruppo il 42,3%; solo il 12,7% opera in forma singola.⁶⁶ Anche il Friuli Venezia Giulia nel 2015 e la provincia di Trento nel 2021, con accordi integrativi, hanno istituito la Mgi (ma non sono disponibili dati).

⁶⁵ Ogni Mmg opera per 15-17 ore alla settimana.

⁶⁶ Fonte: Cure primarie Regione Veneto, maggio 2024 (comunicazione personale).

La presenza di Mmg nelle Cds è regolata in modi diversi tra le regioni e tra le Asl della stessa regione. In alcune Asl dell'Emilia-Romagna e della Puglia i medici e pediatri pagano un affitto calmierato per l'uso dell'ambulatorio e le spese generali, mentre in Toscana e in Abruzzo non pagano. In Sicilia non sono presenti Mmg nei Pta, ma specialisti dedicati a pazienti con specifiche patologie croniche (per esempio, diabete), che collaborano con i Mmg, sollevandoli dai loro impegni di cura⁶⁷.

Mancano completamente statistiche e rapporti sull'attività delle Cds, se si esclude l'Emilia-Romagna. In un recente studio (Nobilio et al, 2020) si è rilevato che nel decennio 2009-19 in Emilia-Romagna la coorte di pazienti 'esposti' (presenza della Cds o di un Mmg nella Cds) ha ridotto del 16,1% gli accessi al Ps per prestazioni differibili (codici bianchi), del 2,4% i ricoveri trattabili in ambulatorio e aumentato del 9,5% i trattamenti domiciliari. Secondo diverse rilevazioni, inoltre, la qualità percepita dagli utenti delle Cds è molto elevata per tutti gli aspetti considerati (96% di soddisfatti nel 2018).

Questi dati rivelano alcune caratteristiche delle Cds:

1. l'Italia, con sole 449 Cds attive nel 2020, mostra un forte ritardo rispetto ad altri paesi come la Francia (2.251), la Germania (3.846), il Belgio (121 per 3,6 milioni di abitanti), che peraltro si basano sulla medicina liberale, per non parlare della Spagna (3.054);
2. l'apertura 7/7 giorni e 24/24 h delle Cds va considerata come un'enunciazione di principio, più che una realtà, e forse va ritenuta non necessaria per alcune attività sanitarie, come riportato nei paesi esteri;
3. i Mmg presenti nelle Cds sono scarsi (15% in Toscana, 37% in Emilia-Romagna) e non sempre coprono con il loro orario contrattuale la fascia 8:00-20:00⁶⁸, che è affidata ai Mca; solo in Veneto i medici dei gruppi integrati sono presenti, a turno, dalle 8:00 alle 20:00;
4. diversamente dall'Italia, nei paesi stranieri esaminati⁶⁹ non sono presenti i medici specialisti (salvo i rari pediatri, ginecologi, dentisti, diabetologi), ma d'altro lato vi operano molti professionisti sanitari (infermieri, ostetriche, riabilitatori, logopedisti, assistenti sociali etc.).

Il modello italiano delle Cds - e delle future Cdc -

⁶⁷ Comunicazioni personali di G. Marino e M. Vanelli Coralli (Emilia-Romagna), P. Francesconi (Toscana), R. De Santis (Abruzzo), F. Luca (Sicilia).

⁶⁸ Per esempio, in una Cds dell'Ausl di Reggio Emilia e di Bologna non sono coperte le fasce orarie 12:00-13:00 e 19:00-20:00, nonostante alcuni medici del gruppo prestino 20-24-28 ore settimanali.

⁶⁹ Escluse la Spagna e la Germania.

appare quindi *sui generis*, rispetto a quello degli altri paesi, per la scarsa presenza di Mmg, che dovrebbero interagire e integrarsi con i professionisti sanitari e gli specialisti. Le Cds potrebbero funzionare – e di fatto funzionano – anche senza i medici di base, configurandosi come dei poliambulatori allargati ad altre attività. Ma laddove i Mmg sono presenti, come in Emilia-Romagna, si ottengono brillanti risultati. Rimane, infine, da comprendere perché le Cds abbiano avuto così scarso sviluppo in Italia, nonostante i finanziamenti iniziali (235 milioni)⁷⁰, e perché i Mmg non siano attratti da queste strutture, preferendo i propri ambulatori.

8. Le case della comunità (2022-2026)

Le Cdc sono la naturale evoluzione e la nuova denominazione data dal Pnrr alle Cds. La loro organizzazione è stata disciplinata dal recente d.m. Salute 77/2022. “La casa della comunità (Cdc) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria, e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale...” (pag. 26 della G.u.).

Il d.m. distingue due (o meglio tre) tipologie: Cdc hub (1 ogni 40.000-50.000 abitanti); Cdc spoke (non fissa dimensioni); ambulatori di Mmg e Pls, “tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità” (*ibidem*). Gli ambulatori medici (di gruppo e singoli) sono quindi equiparati alle Cdc, come del resto è confermato dal successivo art. 2 del d.m. Salute 29 luglio 2022, che assegna i fondi per la diagnostica di base anche agli “spoke rappresentati dagli ambulatori dei Mmg e Pls”. Non appare spiegabile questa assimilazione e suscita perplessità, perché costituisce una vistosa deviazione dal modello delle Cdc spoke (v. *infra*). Inoltre, secondo il d.m. 77/2022: “Tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) sono ricomprese nelle Cdc, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente...” (p. 26). Come in precedenza per le Cds, l’obbligo per le Aft dei Mmg e Pls di operare fisicamente all’interno delle Cdc viene eluso dalla possibilità concessa, in alternativa, di collegarsi solo funzionalmente. La presenza di Mmg e Pls nelle Cdc rimane dunque

del tutto volontaria e basata su valutazioni personali di convenienza da parte del medico.

La tabella 4 del d.m. 77/2022 elenca 13 attività obbligatorie, 3 facoltative e 2 raccomandate che le Cdc hub dovrebbero svolgere, insieme alle 10 obbligatorie, 6 facoltative e 2 raccomandate per quelle spoke. Il nocciolo comune delle due tipologie di Cdc consiste in:

1. équipe di cure primarie multiprofessionali (Mmg, Pls, Sai, IFoC),
2. punto unico di accesso,
3. assistenza domiciliare,
4. specialistica ambulatoriale,
5. servizi infermieristici,
6. sistema integrato di prenotazioni (Cup),
7. integrazione con i servizi sociali,
8. partecipazione della comunità,
9. presenza medica 24/24 h e 7/7 giorni,
10. presenza infermieristica 12/24 h e 7/7 giorni (6/7 per le spoke).

Nelle Cdc spoke non vi è l’obbligo della diagnostica di base⁷¹, della continuità assistenziale, del punto prelievi e dell’attività consultoriale. Recentemente l’Agenas ha diramato delle linee di indirizzo per l’organizzazione delle Cdc hub (Agenas, 2024).

Il Pnrr prevede un investimento di 2 miliardi di euro per la costruzione e la ristrutturazione di 1.038 Cdc. La previsione iniziale era di 1.350 unità⁷² e i contratti istituzionali di sviluppo, firmati tra le regioni e il Ministero della salute nel maggio 2022, portavano addirittura il totale a 1.430 Cdc e gli investimenti previsti a 2.351 miliardi di euro (tabella 5). Le regioni si erano impegnate, infatti, a finanziare 81 Cdc aggiuntive con 231 miliardi di risorse proprie. Tuttavia, l’aumento dei costi dei materiali, intervenuti per la guerra in Ucraina, ha costretto il governo nel 2023 a ridurre il numero di 312 unità, che saranno finanziate con altri fondi di investimento. Purtroppo non si conosce la distribuzione regionale delle 1.038 Cdc programmate. Alla fine, il numero effettivo risulterà superiore, perché si aggiungeranno le attuali 100-150 Cds, che non necessitano di interventi strutturali.

Secondo i contratti istituzionali del 2022, le nuove Cdc da costruire erano 309, mentre quelle da ristrutturare 1.121. A regime, erano previste 941 Cdc di tipo hub e 489 di tipo spoke. In Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Veneto e Umbria erano previste solo Cdc di tipo hub. Nel 2026, secondo gli accordi firmati, si sarebbe dovuta avere la disponibilità media di una Cdc ogni 41.000 abitanti, con un massimo a Trento e Bolzano (1/54.000) e valori simili in molte regioni

⁷⁰ In Francia le *maisons de santé* sono finanziate anche dall’Ue.

⁷¹ Una scelta contraddittoria, rispetto al progetto di attrezzare gli ambulatori medici della strumentazione diagnostica di base.

⁷² La prima versione del Pnrr (aprile 2021) prevedeva 1.288 Cdc.

del nord; il minimo in Molise (1/22.000) e Basilicata (1/28.000) e valori simili in molte regioni del sud (tabella 5). Quelle di tipo hub, rapportate ai comuni con oltre 50.000 abitanti, avrebbero una larga diffusione in quasi tutte le regioni (1 ogni 25.000-35.000 ab.).

Più problematica è invece la diffusione delle Cdc spoke, perché a livello nazionale la media – riferita ai soli comuni con meno di 50.000 abitanti – risulta di 1 ogni 81.000 residenti (tabella 5) e in alcune regioni superiore addirittura ai 100.000 abitanti (Friuli VG, Trento, Marche, Toscana). In tutte le regioni del sud la media è compresa invece tra 30.000-40.000 abitanti. C'è un evidente problema per le aree rurali, collinari e montane, dove risiede il 65% della popolazione italiana, che forse le regioni pensano di risolvere contando sugli ambulatori dei Mmg. Questa è anche la posizione del sindacato medico Fimmg, che propone di sviluppare, in alternativa alle Cdc, dei Teams di assistenza primaria (Fimmg, 2021a).

Nel documento tecnico inviato alla Ue nel maggio 2021 (Pnrr, 2021) il governo stimava un costo medio di costruzione di 1,650 milioni di euro per ognuna delle 1.288 Cdc, un fabbisogno globale di 12.880 medici e pediatri di base, di 7.728 infermieri di comunità e di 6.440 amministrativi, da reperire all'interno dei servizi esistenti (a costo zero), e l'assunzione di 2.363 infermieri di comunità, per un costo totale di 94,5 milioni di euro. I benefici attesi, a regime nel 2027, per l'insieme dei tre tipi di investimento nelle reti di prossimità (M6C1)⁷³, consisterebbero: 1. nella riduzione di 322.254 giornate di ricovero inappropriate e un risparmio di 134 milioni di euro; 2. nella riduzione di 2,46 milioni di codici bianchi (-90%) e di 6,74 milioni di codici verdi (-60%) di accessi impropri ai Ps e un risparmio stimato di 719 milioni di euro; 3. nella riduzione dei consumi inappropriate di farmaci per 329 milioni di euro. In totale i risparmi attesi risulterebbero di circa 1.183 milioni di euro che, sommati ai 180 milioni di nuovi finanziamenti del Fondo sanitario nazionale (1.363 milioni in totale), pareggerebbero i costi annuali di funzionamento (1.339 milioni) delle Case e degli Ospedali di comunità, dell'assistenza domiciliare e della telemedicina.

Alcuni autori giudicano però irrealistiche sia le previste riduzioni di prestazioni inappropriate, sia i risparmi attesi dall'avvio delle Cdc. Per esempio, il documento governativo stima una riduzione degli accessi impropri ai Ps del -60-90%, quando nei fatti è stata del -16% in Emilia-Romagna in dieci anni (paragrafo 7). Circa i fabbisogni di personale, le stime basate sugli standard del d.m. 77/2022 (successive al documento inviato alla Commissione europea e riferite a 1.350 Cdc) portano a quantificare i fabbisogni in 16.200 infermieri, 10.800 amministrativi e circa 4,4 milioni di ore dei Mmg, per un costo complessi-

vo di 1.496 milioni di euro (Mantoan, 2021, Pesaresi, 2022). Due leggi (art. 1 c. 5 d.l. 24/2020, art. 1 c. 274 l. 234/2021) avevano previsto finanziamenti graduali e crescenti nel tempo per l'assunzione di personale per i nuovi servizi territoriali, fino a un totale a regime nel 2027, di 1.495 milioni di euro, ma sempre "a valere sul finanziamento ordinario del Ssn" e quindi, ancora una volta, senza risorse aggiuntive. È molto probabile che l'avvio delle Cdc richiederà risorse umane e costi di funzionamento⁷⁴ molto superiori alla situazione odierna (circa 2,1 miliardi) e che i risparmi attesi bilanceranno solo in minima parte i costi attesi. Senza nuove risorse per le spese di funzionamento, gli investimenti nelle Cdc potrebbero rivelarsi inutili.

9. Libera professione o dipendenza?

I forti investimenti del Pnrr nelle Cdc sono stati visti da alcuni come l'occasione storica per la riorganizzazione dell'assistenza di base e il passaggio dei medici dalla libera professione al regime di dipendenza. Una prima proposta (Martini et al, 2021) individua la crisi della medicina di base nello *status* libero professionale dei Mmg, che erogano "un'assistenza troppo isolata e frammentaria", scarsamente integrata nella rete assistenziale. Di conseguenza "si dovrebbe innanzitutto modificare l'inquadramento professionale del Mmg, sancendo il passaggio alla condizione di lavoratore dipendente, al pari dei colleghi ospedalieri. Ciò permetterebbe un'omogeneizzazione del suo operato professionale in termini di accessibilità e prestazioni". Non sono portate altre motivazioni che questa. In una visione assai semplicistica, alcuni di essi concepiscono poi la Cdc come un supermercato in cui i medici a turno garantiscono l'apertura dalle 8:00 alle 20:00 e dove i pazienti possono trovare anche i servizi infermieristici e amministrativi (Garattini e Nobili, 2021). Tutto il personale, inclusi i Mmg, dovrebbe operare con un contratto di dipendenza e i medici lavorare in gruppo. La distanza dalla Cdc-supermercato non è ritenuta un ostacolo per i pazienti, poiché prevarrebbero i vantaggi della concentrazione di molti servizi in un'unica struttura.

Una proposta più completa e motivata è stata avanzata dalla Commissione salute della Conferenza Stato-regioni nel 2021 (Conferenza Stato-regioni, 2021), che prospetta tre ipotesi evolutive dei rapporti tra Ssn e Mmg: 1. dipendenza, 2. accreditamento e accordi con i Mmg, 3. doppio canale di dipendenza e accreditamento. La dipendenza dei Mmg recherebbe alcuni vantaggi in quanto sarebbe ancora garantita la libera scelta dei cittadini, i Mmg sarebbero collocati

⁷³ Non è disponibile una valutazione per le sole Cdc.

⁷⁴ Nelle quantificazioni dei costi delle Cdc i documenti ufficiali si focalizzano solo sul personale, ignorando l'altro 30% circa di costi per l'acquisto di beni e servizi.

Tabella 5. Case della salute esistenti e case della comunità previste. Anni 2020 e 2026.

	Stato di fatto	Obiettivo Pnrr	Contratti istituzionali di sviluppo firmati ³										
	anno 2020	anno 2026	n. case della comunità					abitanti/ Cdc future ⁴			finanziamento (000 €)		
	case della salute ¹	case della comunità ^{2,8}	da edificare	da ristrutturare	hub	spoke	totale Cdc	hub (>50.000 abitanti)	spoke (<50.000 abitanti)	totale	fondi Pnrr ²	fondi regionali	totale
Piemonte	71	82	16	66	82	-	82	51.857	-	51.857	122	-	122
Valle d'Aosta	-	2	-	4	4	-	4	30.834	-	30.834	3	-	3
Liguria	4	30	2	30	22	10	32	37.400	79.399	47.107	44	7	51
Lombardia	-	187	48	151	199	-	199	50.076	-	50.076	277	170 ⁷	447
Bolzano	-	10	6	4	5	5	10	20.806	80.726	53.577	14	32	46
Trento	-	10	3	7	8	2	10	14.537	206.580	54.216	15	3	18
Veneto	77 (0)	91	24	71	95	-	95	51.101	-	51.101	135	46	181
Friuli Venezia Giulia	-	23	9	14	19	4	23	18.783	219.731	52.056	34	-	34
Emilia-Romagna	124	84	24	61	45	40	85	41.639	63.966	52.139	125	1	126
Toscana	76	70	38	39	57	20	77	25.823	113.895	47.132	104	43	147
Umbria	8	17	-	17	17	-	17	50.563	-	50.563	25	-	25
Marche	21	29	6	23	22	7	29	14.240	178.866	51.372	42	6	48
Lazio	22	107	-	135	107	28	135	32.232	81.423	42.335	158	-	158
Abruzzo	- ⁵ (4)	40	7	33	14	26	40	25.432	37.935	31.842	59	-	59
Molise	6	9	1	12	7	6	13	7.274	44.811	22.367	14	-	14
Campania	-	169	47	125	87	85	172	26.144	41.877	32.504	250	18	268
Puglia	- ⁶ (29)	120	38	83	56	65	121	26.997	39.684	32.332	177	-	177
Basilicata	1	17	10	9	7	12	19	18.445	38.200	28.421	25	2	27
Calabria	13	57	5	56	14	47	61	34.487	32.523	30.239	85	12	97
Sicilia	55	146	13	143	58	98	156	34.812	30.938	30.779	217	8	225
Sardegna	15	50	12	38	16	34	50	25.937	37.071	31.584	74	3	77
Italia	493 (449)	1.350	309	1.121	941	489	1.430	22.337	80.997	41.218	2.000	351	2.351

Fonti 1: Camera dei deputati 2021 e nostre elaborazioni (dati tra parentesi); 2: d.m. Salute 20 gennaio 2022; 3: contratti istituzionali di sviluppo delle singole regioni sottoscritti nel 2022; 5: <https://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/presidi-territoriali-assistenza>; 6: <https://www.sanita.puglia.it/presidi-territoriali>.

Note 4: calcolati sul totale di 1.430. In alcune regioni il rapporto potrebbe essere inferiore, tenuto conto delle Cds già esistenti, non da ristrutturare. 7: la Lombardia con d.g.r. 6080/2022 e 6282/2022 ha previsto un cofinanziamento di 170 milioni di euro per evidenziare fino a 216 Cdc. 8: nel 2024 il numero delle Cdc è stato ridotto a 1.038, di cui non si conosce però la distribuzione regionale.

nelle strutture territoriali del Ssn, coprendo anche le sedi disagiate, lavorerebbero in modo integrato con altri professionisti e servizi dell'azienda sanitaria (integrazione orizzontale), svolgerebbero un'attività programmata e coerente con gli obiettivi regionali, fornirebbero prestazioni più omogenee, sarebbero sottoposti a valutazione dei risultati, assicurando all'azienda un maggiore governo su di essi (p. 4). Si potrebbe aggiungere che, sul piano lavorativo, i Mmg dipendenti avrebbero anche maggiori tutele previdenziali e diritti del lavoro (malattie, ferie, tredicesima, assicurazione). E inoltre sarebbero sgravati dei costi di avviamento, equipaggiamento e gestione dello studio medico. La dipendenza presenterebbe quindi vantaggi sia per i servizi territoriali, sia per i medici stessi. La proposta della dipendenza è sostenuta soprattutto dai medici più giovani e dal sindacalismo di sinistra.

Il passaggio alla dipendenza richiederebbe però la soluzione di alcuni nodi cruciali. Il primo e principale è la carenza di medici generalisti, che già oggi affligge il settore. Servirebbe il 40% di medici in più (circa 17.000 medici Mg e 6 anni per la loro completa formazione) per coprire le 12 ore giornaliere di apertura⁷⁵. Vi sarebbe un aumento dei costi per l'assunzione alle dipendenze dei nuovi medici (+15/20%), degli infermieri e degli amministrativi necessari, oltre a quelli che già lavorano nei loro ambulatori. Servirebbe inoltre un impegnativo investimento logistico per costruire e attrezzare nuovi ambulatori o acquisire quelli degli attuali titolari. Sarebbe quindi necessario uno sforzo enorme dello Stato per garantire la capillarità del servizio sul territorio, oggi assicurata dagli studi dei Mmg. E da ultimo servirebbe l'istituzione di un corso quadriennale di specializzazione universitaria in medicina generale e familiare per poter essere assunti dalle strutture pubbliche (art. 24 d.p.r. 483/1997), corso peraltro già attivo in molti paesi europei (v. paragrafo 4.2)⁷⁶.

L'ipotesi della dipendenza è avversata però dai due principali sindacati medici – la Fimmg⁷⁷ e lo Snam – dall'Enpam⁷⁸ e da molti Mmg in servizio, che rilevano come le caratteristiche stesse dell'assistenza primaria renderebbero difficile l'adozione del mo-

dello di dipendenza ospedaliero: la continuità delle cure deve esercitarsi, se necessario, anche dopo la chiusura dell'ambulatorio o a domicilio del paziente; la turnazione, l'intercambiabilità tra gli operatori renderebbero anonimo il consulto; la continuità relazionale con l'assistito sarebbe depotenziata, minata la fiducia e spersonalizzato il rapporto, finendo per prevalere un'ottica puramente prestazionale (Belleri, 2021). Il medico di famiglia, infatti, è colui a cui si affida la salute per l'intero corso della vita. In ultima analisi, si ritiene illusorio che il semplice inquadramento giuridico nella dipendenza e la linea gerarchica aziendale possano migliorare e rendere più omogenea la qualità del servizio e delle prestazioni, come di fatto già si osserva negli ospedali.

10. Conclusioni e proposte

I medici di famiglia sembrano – e sono – manager 'senza direzione'. In un duplice senso. Non sono sottoposti, infatti, a una direzione gerarchica, che potrebbe essere quella del distretto sanitario, e oggi appaiono anche smarriti sulla direzione da seguire. Per prassi e per *forma mentis* si percepiscono come liberi professionisti e, in quanto tali, come manager di sé stessi. Non rinuncerebbero mai alla libera professione, di cui apprezzano i vantaggi (libertà nell'organizzazione e gestione dello studio, nelle scelte dei tempi e dei ritmi di vita), e ancor più alla convenzione, che garantisce sicurezze economiche (stabilità del numero di 'clienti' e della remunerazione mensile, copertura di molti costi di produzione).

Ma le debolezze della prima linea difensiva, svelate dalla pandemia di covid-19, il ricambio generazionale in atto, i cospicui investimenti del Pnrr nei servizi territoriali stanno scuotendo queste comode certezze e preparando il terreno a grandi cambiamenti. La classe medica italiana è rimasta finora insensibile ai moti che stavano avvenendo un po' ovunque in Europa e i suoi sindacati hanno sempre opposto resistenza passiva a ogni tentativo di riforma del governo, rifugiandosi nella difesa dello *status quo*. Dal canto suo, anche lo Stato (con le regioni) non ha mostrato chiarezza di vedute, coerenza nelle scelte e determinazione. Soprattutto non ha messo in campo le risorse – finanziarie e umane – prevedibili e necessarie per un serio processo di riforma. Nessuna riforma si fa o si è mai fatta a invarianza di spesa, confidando solo sulla *bona voluntas* dei medici, come insegnano Regno Unito e Francia in tema di performance e di incentivi.

L'assistenza primaria si presenta oggi come una grande opera incompiuta, un cantiere con lavori sempre aperti. I cambiamenti necessari per riformare l'assistenza primaria sono di breve e di medio-lungo periodo. A breve, andrebbero portate a termine

⁷⁵ Trentotto ore contrattuali/64 ore settimanali di apertura.

⁷⁶ Il problema non si pone invece per i Pls, già in possesso della specializzazione universitaria.

⁷⁷ L'81° Congresso della Fimmg nel 2023 ha ribadito l'assoluta contrarietà, nell'interesse dei cittadini e del Ssn, alla trasformazione dei sistemi territoriali convenzionati verso la dipendenza o sistemi misti.

⁷⁸ La Fondazione che gestisce l'Enpam (Ente nazionale di previdenza e assistenza medici), a cui sono obbligatoriamente iscritti i medici liberi professionisti, subirebbe un grave danno economico per la perdita dei contributi pensionistici dei Mmg (19,5% del reddito), che, se dipendenti, sarebbero versati all'Inps.

alcune opere incompiute, previste dalle leggi o dagli accordi collettivi e mai attuate, che richiederebbero solo la modifica di alcuni articoli del nuovo Acn 2022-24 (per esempio, sull'associazione, l'orario di apertura), sempre che il governo intenda far (pre)valere la sua volontà riformatrice. Altri necessitano di medio-lungo termine, perché richiedono nuove capacità (*skill*), nuovi rapporti collaborativi con il distretto sanitario, una più solida formazione (la specializzazione formale in Assistenza primaria) e forse anche un nuovo rapporto di lavoro (il passaggio dalla libera professione alla dipendenza).

A breve termine. Il primo lavoro da completare è una maggiore apertura degli ambulatori. Nonostante i continui proclami di legge e le intese Stato-regioni sulla continuità assistenziale 24/24 h e 7/7 giorni, gli ambulatori dei Mmg continuano a essere aperti - da contratto - solo per 3 ore al giorno (se singolo) o per 6 ore al giorno (se in gruppo) per 5 giorni alla settimana (tabella 2), il che può indurre i pazienti a ricorrere al Ps in caso di bisogno urgente. Nell'aneddotica corrente, i Mmg sostengono di lavorare molte più ore di quelle ufficiali - e in parte è vero -, ma è sintomatico come fino ad oggi non sia mai stato elaborato uno studio serio sul numero di ore settimanali lavorate. Negli altri paesi europei i medici di base lavorano per 38-40 o più ore settimanali e possono, quindi, gestire un maggiore numero di pazienti (paragrafo 6). L'attuale carenza di medici di base si potrebbe risolvere subito 1. aumentando le ore di apertura degli ambulatori e 2. il numero di assistiti per medico (abolendo il 'massimale' di scelte)⁷⁹, ovviamente adeguando i compensi.

In aggiunta, si potrebbe rendere obbligatoria l'adesione dei Mmg, ancora singoli (31%), all'associazione semplice o in rete - le forme meno impegnative - così che l'insieme dell'Aft garantisca l'apertura di almeno un ambulatorio per 12 ore al giorno per 5 giorni/settimana, in una data zona. Se almeno 4 medici si associano, pur rimanendo nei loro studi (e magari essendo collegati in rete), le 60 ore settimanali dovute sarebbero sufficienti per l'apertura continuativa dalle 8:00 alle 20:00 per 5 giorni. I pazienti, quindi, dovrebbero accedere all'ambulatorio aperto di uno dei Mmg per i problemi urgenti e imprevisti. Esclusi i casi di grave urgenza (per esempio, infarto, ictus, fratture), il Ps dell'ospedale dovrebbe rimandare i pazienti al medico di assistenza primaria o, in alternativa, fare pagare interamente le prestazioni erogate. È necessario però ampliare lo spettro delle prestazioni erogabili dal Mmg (Allegato D dell'Acn) e remunerarle

⁷⁹ Il numero massimo di assistiti per Mmg era giustificato negli anni ottanta per il fenomeno della 'plethora medica', ma non più oggi.

adeguatamente⁸⁰. Nell'ambulatorio dovrebbe essere presente una strumentazione diagnostica minima (elettrocardiogramma, ecografo, auto-analizzatore) e almeno un medico capace di interpretare i tracciati. Dall'associazione semplice si potrebbe aprire, nel tempo, la strada verso l'associazione di gruppo, più strutturata.

La seconda incompiuta da terminare è lo sviluppo delle associazioni multiprofessionali, sia tra medici generalisti e paramedici nei loro ambulatori (Aft), che con gli specialisti medici e altre professionalità (Uccp), nelle future Cdc. Mentre l'Acn degli specialisti ambulatoriali già prevede la loro partecipazione obbligatoria alle Uccp (art. 9 Acn 2016-18), quello dei Mmg e Pls non contempla invece alcun obbligo. Si renderà quindi necessario introdurre nell'Acn da rinnovare una norma chiara che renda (gradualmente) obbligatoria - e ovviamente incentivata - la partecipazione dei medici alle Cdc di tipo 'perno' (hub) nelle aree urbane, sotto forma di associazioni di gruppo. Nei paesi europei esaminati, il nucleo essenziale degli ambulatori di base - *general practices, maisons de santé, maisons médicales, terveysasema, centros de salud* - è dato, infatti, dai medici generalisti supportati da infermieri, ostetriche, fisioterapisti, ginecologi, pediatri e personale di segreteria. Non è prevista la presenza di specialisti - una peculiarità del nostro paese e della Germania - ma mai possono mancare i medici di base. L'esperienza dell'Emilia-Romagna dimostra, infatti, che laddove sono presenti Mmg nelle Cds si riducono gli accessi impropri al Ps, i ricoveri e migliora l'assistenza domiciliare (paragrafo 7).

Per le aree rurali, montane e scarsamente popolate il modello delle Cdc di tipo 'raggio' (spoke) andrebbe invece ripensato o riadattato alle caratteristiche oro-geografiche del nostro paese, fatto di piccoli comuni in aree difficilmente accessibili. Le Cdc favoriscono infatti la collaborazione multiprofessionale, ma possono rendere più difficoltoso l'accesso agli assistiti fragili, perché concentrando i servizi in poche strutture allungano le distanze e i tempi di percorrenza. La soluzione più consona potrebbe essere quella della Mgi del Veneto o dei *consultorios* spagnoli, che garantiscono un'apertura adeguata dell'ambulatorio e il supporto di personale paramedico e di segreteria.

Nel medio-lungo periodo. Il cambiamento più radicale di paradigma dovrebbe però riguardare i rapporti tra i Mmg e il distretto sanitario. Da un lato il distretto dovrebbe sviluppare capacità di analisi dei bisogni e politiche sanitarie adeguate e, dall'altro, i Mmg passare da una medicina d'attesa a una medicina di iniziativa (Campagna primary health care, 2021). Oggi, e ancor più in futuro, lo stato di salute della popolazione

⁸⁰ Per esempio, la sutura di ferita superficiale è remunerata solo 3,32 euro.

locale è determinato dall'ambiente fisico, dagli stili di vita e dai condizionamenti sociali. La medicina generale deve perciò adottare una prospettiva comunitaria – allargando l'orizzonte dalla famiglia alla comunità – e in questo il distretto deve fungere da supporto intelligente ai medici, suggerendo le priorità di intervento (per esempio, ridurre l'obesità tra gli adolescenti, incentivare l'esercizio fisico, aumentare l'adesione agli *screening*, l'aderenza alle prescrizioni farmaceutiche etc.), con il supporto dei *big data* amministrativi sulle patologie e sui consumi sanitari⁸¹.

L'organizzazione della medicina di base è molto variabile tra le regioni italiane ed è forse l'unico settore del Ssn per cui non siano ancora definiti standard strutturali e organizzativi e l'accreditamento istituzionale. È un settore di attività ancora largamente inesplorato, con pochissime informazioni statistiche (per esempio, sul numero dei collaboratori di studio, di pazienti visitati, sulle patologie prevalenti)⁸², che sfugge a ogni valutazione da parte del contraente-Asl. Vi è quindi l'esigenza di una maggiore trasparenza nei rapporti tra Ssn e Mmg, che dovrebbero accettare rilevazioni statistiche sull'organizzazione degli studi medici (per esempio, tipologie di associazione, numero e tipo di personale impiegato)⁸³, sull'attività svolta (per esempio, n. di appuntamenti, di visite ambulatoriali e domiciliari erogate)⁸⁴, sui carichi assistenziali (n. pazienti secondo le patologie croniche). I rapporti convenzionali tra Ssn e Mmg dovrebbero essere improntati alla valutazione dell'attività e delle performance del servizio e la remunerazione essere legata ai risultati ottenuti. Da anni (2004) il Nhs inglese valuta e remunera i Gp in base ai punteggi ottenuti nell'area dell'assistenza clinica (gestione delle malattie croniche più diffuse), della salute pubblica (per esempio, ipertensione, obesità, fumo) e del miglioramento della qualità attraverso una batteria di 76 indicatori (Nhs England, 2024). I tempi sono maturi perché anche in Italia l'Acn sia basato su queste valutazioni e la Fimmg appare oggi disponibile alla sperimentazione (Fimmg, 2021b).

Con la presa di posizione delle regioni (Conferenza Stato-regioni, 2021), l'assistenza primaria si trova a un bivio: continuare sulla strada della libera professione oppure avviarsi su quella della dipendenza dal Ssn, tendere verso il modello nordico-iberico o rimanere su quello franco-inglese, ancora prevalente

nell'Ue? Nell'immediato, la proposta della dipendenza non è fattibile, perché i Mmg, senza una specializzazione universitaria, non potrebbero essere assunti come dipendenti pubblici. Si richiederebbe quindi una modifica – peraltro auspicata da varie parti – del titolo e della durata della specializzazione. Se si optasse, invece, per mantenere il modello libero professionale, i Mmg dovrebbero compiere un doppio salto culturale, passando dal modello del professionista singolo a quello del lavoro in gruppo con altri pari, all'interno di *équipe* multiprofessionali, ben strutturate e organizzate, e dovrebbero porsi in relazione funzionale con il distretto sanitario per collaborare ai programmi di medicina di comunità e accettare la valutazione delle proprie performance. Sarebbe forse la fine dell'autoreferenzialità, che finora ha impedito molti cambiamenti.

Sempre più si va manifestando una frattura generazionale tra la rappresentanza sindacale dei Mmg, in forte calo (-29% tra il 2012 e il 2023, fonte Sisac) e composta da medici anziani prossimi alla pensione, legati al modello libero professionale, e i giovani medici, sempre più favorevoli invece al lavoro in gruppo o alla dipendenza, nella quale intravedono opportunità di carriera e una migliore strutturazione dell'assistenza primaria. Nel Ssn dei prossimi anni potrebbero coesistere entrambe le opzioni: dipendenza nelle Cdc dei centri urbani e libera professione in gruppo nei piccoli ambulatori. Una dualità che saprebbe svelare i pro e i contro dei due modelli. Per ora sono solo congetture, perché sarà il futuro a mostrare se la coesistenza sarà possibile o quale modello avrà prevalso sull'altro. Una cosa è certa: il tempo stringe e non bastano più i cambiamenti gattopardeschi.

Post scriptum

Questo articolo è un'analisi storico-istituzionale sull'evoluzione dell'assistenza primaria in Italia, confrontata con i modelli di alcuni paesi europei, ma soffre di almeno due limiti (*bias*): 1. non offre valutazioni sulle performance e gli esiti dell'assistenza primaria, perché questa dimensione è stata intenzionalmente esclusa, data la difficoltà intrinseca del tema (European commission 2018) e la già citata scarsità dei dati disponibili. Tuttavia non si possono non citare gli indicatori nazionali del Rapporto sul monitoraggio dei Lea⁸⁵ e le

⁸¹ Come, per esempio, la Banca dati assistiti della Regione Lombardia, gli *Adjusted clinical groups* della Regione Veneto.

⁸² Se si escludono i dati campionari di Health Search (<https://healthsearch.it/>).

⁸³ In Inghilterra queste statistiche sono pubblicate mensilmente (General practice workforce-NHS England digital).

⁸⁴ Sempre per l'Inghilterra si veda <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice>.

⁸⁵ Il nuovo sistema di garanzia del Lea 'Assistenza distrettuale' del Ministero della salute contiene tre indicatori (tasso di ospedalizzazione per complicanze per diabete, Bpco, scompenso cardiaco; consumo di farmaci sentinella: antibiotici; tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata) (Ministero della salute, 2023b).

valutazioni di esito di due regioni: Lazio⁸⁶, Toscana⁸⁷. Anche se la letteratura sul tema dell'assistenza primaria è molto vasta⁸⁸, spesso si concentra o su aspetti particolari (per esempio, le malattie prevalenti, i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali-Pdta; Health Search, 2024⁸⁹) o su confronti descrittivi con altri paesi (European observatory on health systems and policies, 2015; Schäfer et al, 2016; Oecd, 2020) oppure sul 'dover essere' dell'organizzazione e del funzionamento dell'assistenza primaria (Scarcella e Lonati, 2016; Gabriele, 2023; Mauro e Giacotti, 2023), avendo difficoltà a valutare nel merito l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza territoriale; 2. essendo l'analisi svolta risultata molto severa, non ha tenuto in debito conto due fatti positivi, che è doveroso invece ricordare: (i) l'alto gradimento dei pazienti verso il loro medico di famiglia - il 77,9% nel 2019 esprime un giudizio molto positivo o positivo, secondo l'Istat (Istat, 2022), che pone i Mmg al vertice della qualità percepita in sanità; (ii) il contributo che la medicina di base ha dato e continua a dare alla buona qualità e agli esiti di salute del Ssn. Nonostante le molte pecche dell'organizzazione e i ritardi nelle riforme, l'impegno quotidiano e la dedizione dei medici di base - che ogni giorno vedono nei loro studi 2,4 milioni di persone - riescono a sopperire alle molte carenze del sistema e a contribuire alle elevate performance del Ssn, se è vero che l'Italia eccelle tra gli altri paesi. È impossibile districare il contributo dell'assistenza territoriale da quella ospedaliera, dalla prevenzione o dagli stili di vita, ma è indubbio che la disponibilità, l'attenzione, l'empatia, la visione olistica dei Mmg rappresentino un contributo inestimabile per la qualità di vita e la salute degli italiani. Da ultimo non si può non ricordare il sacrificio dei 105 medici di base (su 313 medici in totale)⁹⁰, che sono morti nell'adempimento

del loro dovere durante la pandemia, a cui va la riconoscenza di tutti noi italiani.

Bibliografia

- Agenas (2022), *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*, Quaderno di Monitor. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/CURE_PRIMARIE_IN_EUROPA/Quaderni_Monitor_Cure_Prinarie_Europa_lettura_web.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Agenas (2024), *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle case della comunità hub*. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee_di_indirizzo_Cdc.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Ars Toscana (2021), *Salute e welfare in Toscana*, Audizione in III Commissione Consiglio Regione Toscana, Firenze 20 maggio 2021. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.ars.toscana.it/images/news/2021/slide_ars_toscana_terza_commissione_20maggio2021_def_3.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Bax G, Grandis U (2009), Breve storia della sanità in Italia, in Simeoni M, *Un medico condotto in Italia, il passato presente*, Milano, Franco Angeli, 66-68.
- Belleri G (2021), *Verso la riforma della medicina territoriale. Il dibattito sul futuro dell'assistenza primaria tra convenzione e dipendenza*, Independently published.
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K (2020), Germany. Health system review, *Health Syst Transit*, 22 (6). Disponibile online al seguente indirizzo: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- British healthcare trades association (2022), *A guide to integrated care systems (ICSS) - Definitions and background*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.bhta.com/a-guide-to-integrated-care-systems-icss-definitions-and-background/>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Camera dei deputati (2021), *Case della salute e ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie*, XVIII Legislatura, Documentazione e ricerche, n. 144, 1 marzo 2021. Disponibile online al seguente indirizzo: http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1631873006028. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Campagna primary health care (2021), *Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Cassou M, Mousquès J, Franc C (2020), General practitioners' income and activity: the impact of multi-professional group practice in France, *Eur J Health Econ*, 21 (9): 1295-1315.
- Chiappelli U (1978), *Guida attuale dell'assistenza di malattia*, Milano, Giuffrè editore.
- Clerico F (1998), Il mercato dei servizi medici, *Economia pubblica*, 12: 671-682.
- Conferenza Stato-regioni (2021), Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni Ssn/Mmg, in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata dal PNRR. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7650793.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Crea Sanità (2020), *Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte*. Roma (documento reso disponibile da Crea Sanità).
- Drees (2021), *Datavisualisations*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

⁸⁶ Si veda il sistema P.Re.Val.E. (Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari) contenente 37 indicatori clinici: <https://statistica.regione.lazio.it/statistica/it/lazio-in-numeri/sanita-e-stato-di-salute-della-popolazione/prevale>.

⁸⁷ Sistema di valutazione sviluppato dalla Regione Toscana (<https://www.regione.toscana.it/sst/valutazione-delle-performance>) in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (<https://www.santannapisa.it/it/terza-missione/sistema-di-valutazione-della-performance-dei-sistemi-sanitari-regionali>).

⁸⁸ Si veda, ad esempio, il sito di Aprire (Assistenza primaria in rete): <https://www.aprirenetwork.it/studi-ricerche-esperienze/>.

⁸⁹ Il Rapporto annuale di Health search, basato sull'analisi di un campione di oltre un milione di assistiti da parte di circa 800 Mmg offre anche uno spaccato dell'attività svolta.

⁹⁰ L'Italia, l'Europa e i medici morti per Covid-19. La silenziosa strage dei camici bianchi. Info Data (ilsole24ore.com).

- article/datavisualisations. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Drees (2022), Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe, *Études et Résultats*, n. 1.229, maggio 2022. Disponibile online al seguente indirizzo: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20Mg_BAT.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- European commission (2018), *A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/82541e0b-3c6e-11e8-b5fe-01aa75ed71a1/language-en>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- European observatory on health systems and policies (2015), *Building primary care in a changing Europe*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035488/>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Fimmg (2021a), *Audizione informale sulla proposta di Piano di ripresa e resilienza*. Camera dei deputati - Commissione Affari sociali, 27 gennaio 2021. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/004/680/FIMmg_27.1.2021_.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Fimmg (2021b), Per una riforma della medicina generale, *Quotidiano sanità*, 27 settembre 2021. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3633088.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Gabriele S (2023), *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Ufficio parlamentare di bilancio, Focus tematico n. 2, Roma. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-2-13-marzo-2023/>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Garattini L, Curto A, Freemantle N (2016), Access to primary care in Italy: time for a shake-up?, *Eur J Health Econ*, 17: 113-116. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-015-0732-7>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Garattini L, Nobili A (2021), Per una medicina generale veramente al passo coi tempi, *Sanità* 24, 7 settembre.
- General practice (2024). Disponibile online al seguente indirizzo: https://en.wikipedia.org/wiki/General_practice#United_Kingdom. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Gravelle H, Hole AR (2007), The work hours of GPs: survey of English GPs, *Br J Gen Pract*, 57 (535): 96-100.
- Hcaam (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) (2022), *Organisation des soins de proximité: garantir l'accès de tous à des soins de qualité*, settembre 2022. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/organisation-soins-de-proximite-garantir-lacces-de-soins-de-qualite>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Health search (2024), XVI report health search. https://report.healthsearch.it/XVI_REPORT_HS.pdf?anno=2024.
- Illuminati F (1970), *La tutela della salute e l'assicurazione di malattia*, Firenze, Vallecchi Editore.
- Inam (1968), Il sistema assistenziale dell'Inam, *I problemi della sicurezza sociale*.
- Istat (2022), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea*. Indagine EHIS.
- Janlöv N, Blume S, Glenngård AH (2023), Sweden. Health system review, *Health Syst Transit*, 25 (4). Disponibile online al seguente indirizzo: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E et al (2019), Finland. Health system review, *Health Syst Transit*, 21 (2). Disponibile online al seguente indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf?sequence=7>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Loudon ISL (1983), James Mackenzie Lecture. The origin of the general practitioner, *J R Coll Gen Pract*, 33 (246): 13-23.
- Mantoan D (2021), Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Relazione presentata al 16° Forum Risk Management in Sanità, 30 novembre 2021. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1456711.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Mapelli V (2020), La spesa sanitaria secondo i Lea. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/2-1-la-spesa-sanitaria-secondo-i-lea/>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Martini MB, Garattini L, Mannucci PM (2021), Libretto di istruzioni per riformare la medicina generale italiana, *Recenti Prog Med*, 112 (3): 182-185.
- Mauro M, Giacotti M (2023), The 2022 primary care reform in Italy: improving continuity and reducing regional disparities?, *Health policy*, 135: 104862.
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2024). Disponibile online al seguente indirizzo: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Ministero della salute (2023a), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Anno 2021*. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3299. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Ministero della salute (2023b), *Monitoraggio dei Lea attraverso il nuovo sistema di garanzia - Metodologia e risultati dell'anno 2021*. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3329. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Ministero della sanità (1974), *Le strutture sanitarie extra ospedaliere*, Roma, Centro studi.
- Ministero della sanità (1981), Rapporto sanità, vol. III, p. 177, in Ministero del bilancio, *Relazione generale sulla situazione economica del paese: 1980*.
- Nhs Digital (2024), *General practice workforce*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Nhs England (2024), *Quality and outcomes framework guidance for 2024-25*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/PRN01104-Quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2024-25.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Nobilio L, Berti E, Moro ML (2020), Valutazione di impatto delle case della salute su indicatori di cura, 2009-2019. Dossier 269/2020. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Oecd (2020), *Realising the potential of primary health care*, Oecd Health Policy Studies, Oecd Publishing, Paris. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Pesaresi F (2022), Le case della comunità. Come saranno, *I luoghi della cura online*, 1.

- Poli E (1973), Presentazione (p. xiii) in Salvestroni F (1973), *Il medico della persona*, Firenze, Vallecchi, citato in Cosmacini G (1994, p. 233), *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Bari, Laterza.
- Pnrr (2021), Part 2: *Description of Reforms and Investments*, testo definitivo inviato alla Commissione europea, 7 maggio 2021, pp. 623-673. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4720984.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J et al (2024), *Implementing the primary health care approach: a primer*, Geneva, Who.
- Regione Emilia-Romagna (2020), *Le case della salute in Emilia-Romagna 2018*. Disponibile online al seguente indirizzo: https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/case-della-salute/report2018_CdS.pdf. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Reibling N, Wendt C (2012), Gatekeeping and provider choice in Oecd healthcare systems, *Curr Sociol*, 60 (4): 489-505.
- Scarcella C, Lonati F (2016), Innovazione nelle cure primarie e nella gestione della cronicità: assistenza primaria, in Arduini R (a cura di), *Innovazione culturale e gestionale in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- Schäfer WLA, Boerma WG, Spreeuwenberg P et al (2016), Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012, *Scandinavian journal of primary health care*, 34 (1): 97-110. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132887>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Sisac (2021), *Medicina convenzionata. Numero medici al 1 gennaio 2020*. Disponibile online al seguente indirizzo: https://www.sisac.info/ActionPagina_296.do. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Swift G (1982), The George Swift lecture. Recollections and reflections: general practice since 1946, *J R Coll Gen Pract*, 32 (241): 471-479.
- The King's Fund (2011), *Improving the quality of care in general practice*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-quality-care-general-practice>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- The King's Fund (2022), *Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighbourhoods*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Uncam (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) (2017), *Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2022/12/aci-structures-pluri-pro-consolide-avenant1.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Who (1978), *Declaration of Alma-Ata*. Disponibile online al seguente indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf?sequence=1>. Ultima consultazione: settembre 2024.
- Wonca international dictionary for general/family practice (2003), *Wonca International Classification Committee*, Copenhagen.
- Zanella R (2022), *La sanità di prossimità*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Conflitto di interessi Nessuno

Indirizzo per la corrispondenza
Vittorio Mapelli, vittorio.mapelli@unimi.it